

PRATIQUE

DES ACCOUCHEMENS,

OU

MÉMOIRES, ET OBSERVATIONS CHOISIES,

SUR LES POINTS LES PLUS IMPORTANS DE L'ART;

PAR Mme LACHAPELLE,

SAGE-FEMME EN CHEF DE LA MAISON D'ACCOUCHEMENT DE PARIS;

Publiés par ANT. DUGÈS, son neveu, Docteur en Médecine.

Les exemples persuadent bien mieux que les simples raisonnemens, et l'expérience donne la perfection à tous les arts. (MAURICEAU, tome II, Préface.)

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 16.

1821.

AVIS DE L'ÉDITEUR.

Cet ouvrage aurait dû, peut-être, paraître sous le nom seul de madame Lachapelle, puisqu'il lui appartient tout entier ; mais ses occupations multipliées ne lui permettant pas de donner ses soins à sa publication, elle m'a chargé de tous ces menus détails, et m'a permis pour récompense de rapprocher mon nom du sien. Ce rapprochement ne doit donc point inquiéter le lecteur : c'est madame Lachapelle seule qu'il va entendre.

Si, parfois, elle m'a adjoint à ses travaux en me confiant la rédaction de quelques observations, si elle a accueilli quelques développemens qui me semblaient utiles, n'est-ce pas également là son ouvrage. C'est à elle, et je saisis l'occasion de m'en glorifier, c'est à elle que je dois toute mon instruction théorique et pratique. C'est dans ses leçons, et plus encore dans ses conversations, ou dans les opérations dont elle m'a rendu témoin, que j'ai puisé toutes mes connaissances dans l'art des accouchemens. Elle m'a transmis,

comme un bien de famille, les excellens principes qu'elle avait reçus de sa mère (1) : elle me les a transmis avec tout l'accroissement, tout le perfectionnement que leur devaient donner sa longue expérience et ses lumières naturelles.

Dans ce volume, madame Lachapelle a rassemblé la plupart des points sur lesquels ses opinions sont le plus différentes de celles qu'on a généralement aujourd'hui. Ces différences sont surtout relatives au nombre des positions du fœtus, aux indications qu'elles présentent, etc. C'est donc là-dessus qu'elle a cru devoir baser son travail. Le plan qu'elle a suivi lui a permis d'entrer dans des considérations assez étendues sur l'accouchement

(1) Madame Dugès, mon aïeule, fut pendant vingt-cinq ans sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu. Madame Lachapelle lui a succédé immédiatement. Son habileté et son zèle dans l'exercice de ses fonctions ont été assez reconnus pour lui avoir mérité une pension sur la cassette du Roi. Sollier de la Romillaie, autrefois médecin à l'Hôtel-Dieu, s'est plu à rendre à son dévouement pour les malades toute la justice qui lui était due. C'est ce qu'on peut voir dans le Mémoire qu'il lut en 1782 à la Faculté de Médecine, et qui avait pour objet la maladie des femmes en couches dite *fièvre puerpérale.*

naturel et sur la manière d'opérer dans les divers cas qui requièrent l'emploi de la main ou des instrumens, choses de première importance.

Quant aux observations particulières, chacune est suivie de réflexions théoriques et pratiques ; c'est en quelque sorte une *leçon clinique*, et toutes ensemble composent un *cours pratique* d'accouchemens.

Relativement à sa nomenclature des positions, une crainte est survenue à madame Lachapelle pendant l'impression des dernières feuilles : elle croit n'avoir pas assez fait entendre que les variétés n'en font pas partie essentielle (ce qui la rendrait trop compliquée) ; que ces variétés ne sont, pour ainsi dire, qu'un commentaire abrégé, et qu'enfin ce commentaire serait également applicable à la nomenclature de Baudelocque, et qu'il nécessiterait même des développemens plus étendus. Elle craint aussi qu'on ne prenne le change sur quelques expressions dont elle s'est souvent servie. Ainsi, toutes les fois que la partie présentée par le fœtus est accompagnée des épithètes de *transversale*, *antéro-postérieure*, *horizontale*, *inclinée*, *etc.*,

ces mots n'ont point un sens *absolu*, mais *relatif au plan du détroit pelvien* avec lequel la partie est en contact. Par conséquent la face transversale et horizontale au détroit supérieur, c'est la face dont le plan est parallèle à celui du détroit, et dont le *grand diamètre* est étendu d'un ilium à l'autre.

Ce n'est là qu'une partie des matériaux qu'a recueillis madame Lachapelle ; c'est un essai auquel elle donnera une suite assez étendue, si, comme il est probable, le public accueille favorablement cette épreuve. Les opinions d'une personne qui a *vu* et *fait* autant qu'elle, obtiendront, j'en suis persuadé, la considération qu'elles méritent. A part toute considération personnelle, la source où ont été puisés ces faits et ces préceptes, suffirait seule pour les rendre recommandables. Nulle institution analogue ne peut, dans toute l'Europe, rivaliser avec la Maison d'Accouchement de Paris.

Cette maison, qui, grâces aux soins de M. Chaptal, de M. Camus ; grâces à la bienveillance paternelle de M. Camet de Labonnardière, est devenue une des écoles

les plus brillantes; cette maison, dis-je, reçoit tous les jours de nouveaux perfectionnemens, principalement dûs au zèle infatigable et à l'active philanthropie de M. Péligot.

Combien je me félicite, pour mon propre compte, de la position où m'ont placé les circonstances! Pouvais-je être à meilleure école? C'est de cette source précieuse que j'ai tiré toutes mes connaissances sur les maladies des enfans nouveau-nés, et sur celles des femmes en couches, comme aussi sur les accouchemens.

Si je ne suivais que l'impulsion de ma reconnaissance, je rassemblerais dans un même tribut d'actions de grâces et les noms des administrateurs à qui j'ai dû cette faveur, et ceux des maîtres dont j'ai recueilli les préceptes et suivi la pratique. Les noms si connus de MM. de Labonnardière et Péligot, ceux de MM. Chaussier et Dubois, dès long-temps immortalisés, n'ont pas besoin de mes éloges. Mais puisque je les ai prononcés, je me fais un devoir d'y adjoindre celui de M. Valdruche, agent de surveillance de la Maison d'Accouchement. Ce n'est pas à moi

qu'il appartient de vanter son zèle pour le bien des pauvres, son intégrité, son activité bienfaisante ; je dois me borner à lui témoigner ma gratitude pour toutes les marques d'amitié dont je lui suis redevable.

CORRECTIONS INDISPENSABLES.

Page 93, ligne 10 : quand on veut fait sortir; *lisez* : quand on veut faire sortir.

— 122, — 10 et 11 : à ne pas désespérer, à ne pas recourir; *lisez* : de ne pas, etc.

— 273, — 16 : ainsi je ne me détermine; *lisez* : aussi je ne me détermine.

— 302, — 6 : de la cavité des viscères; *lisez* : de la cavité du viscère.

— 388, — 12 : à ce sujet, dans Delamotte, etc.; *lisez* : à ce sujet, voyez dans Delamotte, etc.

— 402, note : ne descend jamais; *lisez* : ne descend presque jamais.

— 409, — 3 : il y a cinq ans; *lisez* : quatre ans.

PRATIQUE
DES ACCOUCHEMENS.

INTRODUCTION.

Quoique cet ouvrage soit spécialement destiné à mes élèves ; quoique je ne le regarde que comme un recueil de conseils appuyés sur l'expérience et destinés à perfectionner leurs études, cependant peut-être attirera-t-il d'autres regards que les leurs ; peut-être les résultats d'une longue pratique obtiendront-ils quelque considération de la part de personnes étrangères à notre école : c'est cette pensée qui m'engage à tracer ici une légère esquisse de son organisation.

Depuis un temps immémorial, la ville de Paris n'offrait pour tout asile au femmes en couches qu'une chétive salle de l'Hôtel-Dieu ; une sage-femme en chef et cinq à six élèves dont les études n'avaient que trois mois de durée, suffisaient mal au nombre des ac-

couchemens qui s'y opéraient. Le local étai plus insuffisant encore ; les femmes y étaien entassées, et couchaient d'ordinaire plusieurs ensemble dans un seul lit. Ces inconvéniens étaient trop graves pour ne point éveiller la sollicitude du Gouvernement.

La Convention nationale se détermina, en 1797 (an 4), à former une maison particulièrement destinée aux femmes en couches.

J'étais alors adjointe à ma mère, sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu, et je fus chargée de diriger le service de la nouvelle institution, jusqu'à ce qu'enfin tout arrangement et tout déménagement fût terminé. Réunie alors à ma mère, elle approuva la plupart des dispositions que j'avais établies, et c'est de concert avec elle que j'agrandis depuis le plan que j'avais tracé. Le nombre des élèves sages-femmes alla toujours en augmentant (1), comme aussi celui des accouchemens (2).

(1) Il est maintenant de cent vingt à cent trente par an.

(2) *Voyez* la table énumérative. Depuis la dernière époque dont cette table fasse mention, l'accroissement a continué. Je donnerai par la suite le relevé des années

C'est à M. Chaptal, alors ministre, que nous dûmes cet accroissement, ainsi que l'organisation de notre école. M. Baudelocque fut alors nommé professeur; il perfectionna notre ouvrage; son estime et son amitié pour moi lui acquirent à jamais la reconnaissance et l'affection la plus sincère.

M. Dubois, dont le nom seul a tout dit, a conservé l'ordre adopté par son prédécesseur, et c'est celui que nous allons exposer.

Les élèves sages-femmes admises à l'école d'accouchement doivent y servir au soulagement des malades autant qu'elles doivent s'occuper de leur propre instruction : tel est en effet le premier but d'un hospice. Cette

---

ultérieures; je joins ici seulement quelques détails sur celui de l'année 1816, qui tient le milieu entre l'époque susdite et l'année actuelle; savoir :

2422 accouchemens, dont
2386 naturels, ou spontanés;
36 artificiels, dont
25 manuels, et
11 terminés par le forceps.

L'année 1819 nous a donné 2887 accouchemens.

nécessité les force à une étude pratique à laquelle elles doivent surtout la supériorité que ne peuvent leur disputer les élèves d'aucune autre école. Toutes doivent passer à l'hospice une année entière ; et un quart environ d'entre elles double volontairement l'année, et sert alors à diriger les nouvelles venues.

Art. Ier. *Instruction pratique.* Les élèves nouvellement arrivées sont séparées en autant de groupes ou de divisions qu'il reste d'anciennes élèves qui doivent doubler leurs cours. Celles-ci dirigent la division qui leur est confiée, assistent aux accouchemens simples, et indiquent à leurs compagnes les particularités du toucher, etc.

1°. Les femmes qui arrivent du dehors sont d'abord touchées par la sage-femme en chef, qui les admet ou les renvoie (on les reçoit au terme de huit mois); elles le sont ensuite par une division d'élèves.

2°. Les accouchemens *simples* sont tous faits par les élèves, en présence de la division et sous la direction de l'*ancienne* qui lui sert de chef. Chaque élève soigne pendant sa couche la femme qu'elle a délivrée. A la

moindre difficulté, la sage-femme en chef est avertie. L'accouchement exige-t-il les instrumens, c'est elle-même qui l'opère ; est-il difficile, quoique la main seule suffise, c'est encore elle qui s'en charge ; mais les accouchemens manuels faciles sont terminés, *sous ses yeux*, par une des *anciennes*, en sorte que presque toutes ont, avant la fin de leur deuxième année, *fait un accouchement contre nature.*

Les cas très-compliqués, très-épineux, ceux qui exigent l'instrument tranchant requièrent la présence du professeur.

3°. Que l'accouchement ait été facile ou non, les suites peuvent en être défavorables.

La péritonite règne trop souvent dans nos salles, et une foule d'autres maladies peuvent frapper les femmes en couches. C'est alors que, transportées à l'*infirmerie*, elles sont livrées à l'expérience consommée et à la vaste érudition du professeur Chaussier, médecin en chef. Sous ses yeux, plusieurs élèves sages-femmes notent, jour par jour et avec la plus scrupuleuse exactitude, les symptô-

mes, les périodes, la terminaison des maladies, l'effet des médicamens, etc.; elles s'accoutument ainsi à reconnaître le danger, à le prévenir, et sinon à le combattre, du moins à réclamer à temps les secours de la médecine.

Art. II. *Instruction théorique.* La partie essentielle, la partie la plus exploitée, a trait, on le pense bien, à l'art des accouchemens proprement dit.

Trois fois par semaine le professeur leur en explique la théorie. Tous les jours une leçon leur est donnée par la sage-femme en chef, et tous les jours aussi une jeune personne (mademoiselle Hucherard) imbue depuis huit ans des principes de son art et décorée du titre d'élève principale, leur en fait une semblable, et les exerce sur le mannequin à la manœuvre et au maniement des instrumens (1).

Parmi les *anciennes*, celles qui ont le plus de facilité à s'énoncer et d'aptitude à s'ins-

(1) M. Paul Dubois, que l'administration vient d'adjoindre à son père, répète chacune des leçons données par le professeur. Nouveau surcroît d'instruction.

truire, sont chargées de faire aux *nouvelles*, distribuées comme pour la pratique, les répétitions des leçons du professeur, de la sage-femme en chef et de l'élève principale.

Ce système se rapproche beaucoup de l'enseignement mutuel, et il en a tous les avantages.

Les répétitrices, il est vrai, ne sont pas exemptes d'erreurs ; mais ces erreurs sont bientôt rectifiées par le livre de Baudelocque qu'elles ont entre les mains, et ces mêmes répétitrices mettent bien mieux les objets à la portée de leurs compagnes, que ne peut le faire un professeur parlant de son estrade à cent vingt élèves.

Malgré tant de soins pour la partie principale, les accessoires ne sont pourtant pas négligés. Sous la direction du médecin en chef, le pharmacien développe aux élèves les principes généraux de la botanique, et leur fait connaître les plantes et les drogues les plus importantes. De la même manière, l'élève en médecine attaché à l'hospice fait quelques démonstrations sur l'anatomie géné-

rale, sur celle des viscères, sur les principales fonctions, sur les muscles de l'abdomen, et enfin sur la vaccine et la saignée. Pour ces deux opérations, on ne se borne pas à des leçons théoriques; les élèves saignent et vaccinent autant de fois que l'occasion s'en présente, mais toujours devant l'élève en médecine.

Tels sont les moyens d'instruction offerts aux élèves sages-femmes; une administration prudente y a joint des encouragemens utiles. A la fin de chaque année scolaire, on donne au concours plusieurs prix relatifs à l'art des accouchemens, et dont le premier est une médaille d'or; on donne aussi des prix relatifs à la vigilance clinique, à l'observation des malades, et enfin à l'étude de la botanique et de la vaccine.

D'après ces détails, on concevra sans peine d'où provient la considération dont jouissent généralement les sages-femmes sorties de notre école; on concevra aussi combien un tel établissement est précieux, quel vaste champ il offre à l'étude et de quelle utilité il peut être pour accélérer le perfec-

tionnement de notre art. Les observations rassemblées dans cet ouvrage seront, je l'espère, une preuve de ce que j'avance. Les tableaux qui suivent les Mémoires pourront donner une idée de la masse de faits dans laquelle ces observations ont été choisies, de la masse de faits sur laquelle sont basées les assertions et les préceptes généraux que j'énonce en plusieurs endroits.

Ces tableaux embrassent un espace de près de neuf années et un nombre de 15,652 naissances. J'aurais pu établir les mêmes calculs sur un nombre plus considérable, sur un laps d'années plus étendu ; mais neuf ans m'ont paru suffire pour donner des résultats généraux à-peu-près sûrs. Une plus grande quantité d'accouchemens n'aurait fait que rendre les comparaisons et les proportions moins claires et moins faciles (1).

---

(1) Si cependant quelques personnes désirent des faits plus nombreux, elles seront satisfaites dans un prochain volume. Elles y trouveront les mêmes calculs établis sur dix années écoulées depuis 1811 jusqu'à 1821. Elles pourraient, en attendant, consulter les tableaux que j'ai fournis à M. Baudelocque et à M. Camus (*Rapport sur les hôpitaux*, fructidor an 11). Ces derniers comprennent

Dans le premier tableau, ou table énumérative, on trouvera, mois par mois, année par année, le dénombrement des 15,652 naissances; on pourra y remarquer l'accroissement graduel du total de chaque année, comparer la quantité produite par chaque mois, chaque saison; enfin, observer le rapport proportionnel des grossesses doubles ou triples aux simples, des enfans mâles aux femelles, des vivans aux morts et aux putréfiés, etc.

Le deuxième tableau offrira le nombre des positions de chaque région et leurs proportions numériques. On y remarquera la fréquence des positions du vertex ($\frac{15}{16}$), de la première en particulier ($\frac{12}{16}$), la rareté de

---

un espace de cinq ans et demi, et ont pour objet 7137 naissances. En consultant ces tableaux, on pourra s'étonner d'y rencontrer quelques-unes de ces positions que j'ai dit n'avoir jamais observées. Les cas qui ont donné lieu à cette contradiction apparente ont tous été offerts par des enfans retenus au-dessus du détroit supérieur par une cause quelconque; on sait qu'on en est alors fort souvent réduit à des conjectures : aussi depuis long-temps je ne regarde plus comme positions réelles que celles où la partie présentée par l'enfant est engagée dans le détroit supérieur, ou du moins appuyée *fixement* sur sa circonférence.

celle des genoux. Enfin, on n'y trouvera aucune position du dos, des lombes, du devant du thorax et de l'abdomen, du col, des côtés, etc. Une des cases renferme les positions indéterminées, et celles-là appartiennent aux accouchemens qui se sont faits avant l'arrivée des femmes à l'hospice ; car nous y recevons sans difficulté les femmes *en couches* mal portantes.

Dans le troisième tableau, j'ai rassemblé en divers groupes les 15,652 accouchemens d'après leur mode de terminaison.

Ce rapprochement donne la facilité de comparer, d'une part, la fréquence relative des accouchemens spontanés et des artificiels (1), tant en général que dans chaque position en particulier ; et d'autre part l'influence de chaque mode de terminaison sur la vie des enfans.

---

(1) On y trouvera 272 accouchemens artificiels, sur un total de 15,652 accouchemens. M. Osiander comptait dans sa pratique 400 accouchemens artificiels sur un total de 700. (*Voyez* Schweighaeuser, *Archives de l'art des Accouchemens*, t. II, pag. 29.) La différence est assez marquée pour m'épargner tout commentaire.

Dans les accouchemens spontanés, on n'a précisé la proportion des enfans vivans aux morts que pour les positions rares ou d'un pronostic épineux. Quant aux plus simples et aux plus fréquentes, cette proportion étant purement éventuelle et indépendante de la position même, il était inutile de donner des proportions rigoureuses.

Le titre seul de cet ouvrage indique assez sa composition. C'est un recueil d'observations groupées et rassemblées en fascicules : chaque fascicule est précédé de considérations théoriques et pratiques, désignées sous le nom de *Mémoires*. Ces considérations générales doivent être regardées comme un résultat, comme un résumé des faits consignés dans les observations. Du rapprochement et de la comparaison des faits particuliers naissent nécessairement des conclusions générales : il m'a paru utile de les rassembler ainsi en Mémoires.

Dans un ouvrage de pure pratique, peu importe l'ordre qu'on suit, pourvu qu'on réunisse tous les faits analogues, afin d'en faciliter la comparaison. Le présent recueil

sera composé de Mémoires et d'Observations sur les positions en général, et sur celles du vertex et de la face en particulier (1). Les nombreuses observations que je possède sur les autres positions du fœtus, sur les obstacles à son expulsion, les accidens, les maladies qui doivent attirer l'attention des accoucheurs, etc., ces observations prendront place dans un ou deux recueils subséquens.

Je dois dire un mot aussi de la table analytique qui termine ce volume : peut-être la trouvera-t-on trop détaillée : c'est en cela que consiste, à mon avis, son utilité ; je la regarde comme un résumé dans lequel on trouvera d'un coup-d'œil les choses les plus importantes. Elle pourra aussi servir à indi-

---

(1) Je me suis peu attachée à suivre rigoureusement dans l'ordre des Mémoires ma classification des positions, parce que ces Mémoires sont tout-à-fait indépendans les uns des autres. J'ai, d'ailleurs, préféré donner d'abord mes opinions sur les accouchemens par la face. C'est sur ce point qu'elles diffèrent le plus de l'opinion générale, et je désire, avant d'aller plus loin, observer quels jugemens le public portera sur ces différences. J'ai eu encore quelques autres raisons pour rejeter plus loin les positions des fesses. (*Voyez* 3e Mémoire.)

quer plus succinctement le plan et l'ord[illegible]
que j'ai suivis. C'est surtout pour les obser[illegible]
vations particulières qu'elle offrira un gran[illegible]
avantage, en représentant en quelques mot[illegible]
leurs faits les plus remarquables.

Ier MÉMOIRE,

COMPRENANT

L'ÉNUMÉRATION, LE DIAGNOSTIC, LE PRONOSTIC, LES INDICATIONS, etc.

DES POSITIONS DU FOETUS,

Et l'Exposition générale des principaux procédés opératoires.

Ier MÉMOIRE.

Positions du fœtus en général.

Par ce mot *position du fœtus*, on entend généralement aujourd'hui la *situation particulière* de la partie que présente le fœtus à l'orifice de l'utérus, ou mieux au détroit abdominal du bassin.

Antoine Petit est le premier qui ait consacré ce mot dans l'art des accouchemens, en déterminant l'acception que nous lui donnons aujourd'hui. C'est d'après lui aussi que nous devons à Solayrès et à Baudelocque la classification complète et régulière des nombreuses positions maintenant adoptées. Cette classification, bonne en elle-même dans un ouvrage dogmatique, ne serait pas sans inconvéniens dans un ouvrage de pure pratique : nous verrons dans un instant combien peu elle s'accorderait avec les résultats de l'expérience. Telle est la raison qui m'a engagée à traiter en général des positions du fœtus avant de passer à aucun détail sur chacune en particulier.

Considérations générales.

Elles seront relatives, 1° au nombre et à la fréquence, 2° à la fixité des positions, 3° à leur diagnostic, 4° à leur prognostic, 5° aux indications qu'elles présentent et aux moyens de les remplir.

ARTICLE PREMIER.

Nombre et Fréquence.

§ Ier. Baudelocque, en développant le plan tracé par Solayrès, a singulièrement multiplié les positions, et les ouvrages qui ont paru après lui, presque tous fondés sur de pures spéculations théoriques, l'ont imité sous ce rapport comme sous tant d'autres. Baudelocque, cependant, avait fini par sentir lui-même l'inconvénient de cette multiplicité. Long-temps il fut retenu par un respect outré pour l'œuvre de Solayrès, et peut-être par une complaisance paternelle pour un cadre et une division qu'il avait perfectionnés et qu'il avait enseignés publiquement pendant longues années. Cependant, s'il n'eût été enlevé par une mort qu'accélérèrent les trames de l'envie, je crois fortement qu'il se serait décidé à réduire et à simplifier sa classification.

En effet, pareille complication n'a pas seulement l'inconvénient de surcharger la mémoire des élèves; elle leur fait voir ou attendre dans leur pratique des choses qui n'ont jamais existé; elle peut, par cela même, les tromper dans leur diagnostic, et, qui pis est, dans leurs procédés opératoires, jusqu'au temps, du moins, où l'expérience leur a appris à distinguer le certain de l'hypothétique.

Comparez le nombre des positions établies et

constatées par une pratique journalière et par une multitude de faits incontestables; comparez-la, dis-je, avec cette foule de positions indiquées dans les ouvrages de théorie: quelle énorme différence n'apercevez-vous pas au premier coup-d'œil! Sur les 94 positions admises par Baudelocque, il n'en est que 22 dont trente années de pratique m'aient confirmé l'existence. Je puis assurer n'avoir jamais rencontré aucune position du col ni du tronc proprement dit (1).

---

(1) Presque tous les auteurs parlent de ces positions; mais presque tous semblent s'être uniquement copiés à ce sujet. A peine en trouve-t-on quelques exemples dans les recueils d'observations; il n'y en a pas un dans celui de Mauriceau, un seule et bien vague dans celui d'Amand. Peu (page 416) parle des difficultés qu'il a éprouvées quand les mains et les pieds se présentaient avec le ventre: ce n'est pas là une position de l'abdomen. Smellie (t. II, pag. 333) dit vaguement qu'il a reconnu la poitrine à l'orifice de la matrice, et qu'il y a *ramené le vertex*: il y a, si je ne me trompe, bien du louche dans cette histoire.

Delamotte et Portal sont les seuls, à ma connaissance, qui parlent d'une manière bien positive de quelques-unes de ces positions. Deux fois Delamotte a trouvé le devant du col; mais un des deux cas (obs. 151) est évidemment une position imparfaite de la face. Quant à l'autre, elle lui a causé une telle surprise, qu'il craint d'être soupçonné de mensonge (obs. 150). Il assure aussi avoir senti une fois la nuque et le haut du dos (obs. 277); et une autre fois l'abdomen (obs. 294): cette dernière est bien vague. Portal cite deux enfans dont il a senti les lombes et l'épine du dos; mais la chose est si peu

Un seul fœtus a présenté directement la région dorsale ou détroit supérieur, et quelques autres

---

détaillée, qu'on pourrait regarder le fait comme une position imparfaite des fesses. Il ne s'explique guère sur les présentations du ventre, dont il apporte trois ou quatre exemples. Cependant, dans l'un d'eux, l'enfant se présentait, dit-il, *en double*. Je ferai remarquer, à ce sujet, que souvent la présence d'une partie mollasse, telle que les fesses, accompagnée du cordon ombilical, a pu en imposer et faire croire à la présence de l'abdomen. C'est le jugement que je porte des deux observations de Viardel; car il n'en donne pour signe que l'issue du cordon ombilical, qu'il appelle souvent, comme tous les anciens accoucheurs, le *nombril* et l'*ombilic* (p. 169 et 263). Portal parle aussi d'une position de la partie postérieure des côtes : sans doute l'épaule était là.

Deux accoucheurs plus modernes, Smellie (pl. XXXIII) et Burton (pl. XVI, fig. 2) ont donné d'assez bonnes figures de l'attitude du fœtus dans la prétendue position de l'abdomen. Un coup-d'œil jeté sur ces figures fait sentir l'impossibilité du fait. L'enfant peut-il se ployer *en double*, en arrière, comme l'avance Portal ? Burton n'a donné cette figure que pour faire reconnaître l'absurdité d'une telle opinion ; mais il admet une autre présentation de l'abdomen (pl. XIV, fig. 1) qui n'est pas moins invraisemblable. Il semble qu'il ait attribué à l'abdomen certaines positions des genoux très-écartés l'un de l'autre, et laissant tomber entre eux une anse du cordon ombilical. Les raisons qu'il donne (t. 1er, pag. 307) contre la position généralement admise, sont tout aussi bonnes et aussi valables contre la sienne propre : cependant c'est celle-là que Baudelocque paraît avoir adoptée, sans doute sur parole, car je ne lui ai jamais entendu dire qu'il eût rien trouvé de semblable dans sa pratique.

ont pu offrir l'abdomen, les côtés ou les lombes; mais tous étaient des avortons âgés au plus de six mois, et on sent combien sont faibles les inductions qu'on voudrait tirer de pareils faits. Nous avons vu une fois dans un cadavre le fœtus fort petit et *tout entier* au-dessus du détroit supérieur, offrir *au-dessus* de l'orifice utérin la région lombaire. Le col de la matrice n'était point dilaté, et il est indubitable que sa dilatation aurait favorisé et produit la descente et la présentation des fesses. J'ai trouvé quelques positions du vertex où l'occiput se rapprochait beaucoup du centre du bassin; d'autres où le pariétal occupait ce centre même. J'ai touché très-distinctement la poitrine dans la plupart des cas où l'épaule s'avançait la première; j'ai pu toucher les lombes ou les hanches ou le bas de l'abdomen dans certaines positions des fesses; mais il aurait fallu être bien infatué des préjugés et des systèmes théoriques pour trouver là la poitrine ou le dos, l'abdomen ou les lombes, la nuque ou l'oreille, etc.

Peut-être trouvera-t-on beaucoup de hardiesse de ma part à annuler ainsi des principes reçus; peut-être croira-t-on me faire grâce encore en attribuant tout au hasard, qui a éloigné de mon observation ce qu'il a soumis à d'autres. Je me bornerai alors à témoigner mon étonnement d'un hasard aussi singulier, et, sans plus ample commentaire, je me contenterai d'affirmer que je n'ai rien rencontré de semblable dans plus de quarante mille

accouchemens opérés naturellement ou artificiellement, soit par moi-même, soit sous ma direction.

Un aussi grand nombre de faits pourrait cependant, ce me semble, servir de base à des principes généraux. D'après ces principes, j'ai composé une classification méthodique des positions du fœtus. On y trouvera toutes celles que l'expérience m'a permis de conserver.

GENRES.	ESPÈCES (positions franches, cardinales).		VARIÉTÉS (posit. intermédiaires, imparfaites, inclinées).
Ier. VERTEX...	1re. Occiput à gauche et en avant.	1re de Baudelocque	1°. Hybrides, ou intermédiaires. { 1re. tête *presque* transversale. 2e. occiput vis-à-vis *un* des pubis. 3e. occiput vis-à-vis une des échancrures supérieures du sacrum.
	2e. Occiput à droite et en avant.	2e de Baudelocque.	2°. Inclinées, ou incomplètes. { 4e. frontales et bregmatiques. 5e. occipitales. 6e. pariétales.
	3e. Occiput à droite et en arrière.	4e de Baudelocque.	
	4e. Occip. à gauche et en arrière.	5e de Baudelocque.	
	5e. Occiput à gauche, transversale..............		
	6e. Occiput à droite, transversale..............		
IIe. FESSES....	1re. Lombes à gauche.........	à-peu-près comme Baudelocque....	1°. Diagonales, { lombes en avant, 1re et 2e de Baudelocque. lombes en arrière.
	2e. Lombes à droite.........		2°. Part. génital. au centre du bassin (voisinage du pubis).
	3e. Lombes en avant.........	comme Baudeloc.	3°. (Voisinage des lombes), coccyx au centre.
	4e. Lombes en arrière........		4°. (Voisinage de la hanche), une seule fesse au centre du bassin.
IIIe. PIEDS....	1re. Talons à gauche.........	à-peu-près comme Baudelocque....	1°. Intermédiaires diagonales. { talons en avant. talons en arrière.
	2e. Talons à droite.........		
	3e. Talons en avant.........	comme Baudeloc.	2°. Un seul pied.
	4e. Talons en arrière.........		
Ve. GENOUX..	1re. Fesses à gauche.........	comme Baudeloc.	1°. Diagonales.
	2e. Fesses à droite.........		2°. Devant des cuisses, voisin du centre. (Je l'ai trouvée une fois.)
	3e. Fesses en avant.........		3°. Devant des jambes (les genoux écartés : ce serait presque la présentation de l'abdomen, d'après Baudelocque et Burton).
	4e. Fesses en arrière.........		4°. Un seul genou.
Ve. FACE......	1re. Front à gauche............	3e Baudelocque..	1°. Intermédiaires diagonales.
	2e. Front à droite............	4e Baudelocque..	2°. Inclinées, ou incomplètes.. { 1°. frontales. 2°. mentales (voisinage du devant du col). 3°. (une seule joue), malaires.
VIe. ÉPAULE DR.	1re. Tête à gauche............	3e Baudelocque..	1°. Intermédiaires diagonales.
	2e. Tête à droite............	4e Baudelocque..	2°. Bras dégagé et sorti.
VIIe. ÉPAULE G.	1re. Tête à gauche............	3e Baudelocque..	3°. Acromion au centre (voisinage du côté du col).
	2e. Tête à droite............	4e Baudelocque..	4°. Coude au centre (voisinage de la poitrine, du dos ou de l'abdomen.)
TOTAL... 7	.... 24.		

Dans cette classification, les positions sont rangées suivant l'ordre de leur plus grande fréquence : celles des genoux font seules exception ; mais il fallait nécessairement les rapprocher de celles des pieds et des fesses. Malgré cette légère irrégularité, la nomenclature que je propose est plus uniforme, plus simple et plus méthodique qu'aucune autre. Cependant, jusqu'à ce que le public médical l'ait jugée et ait prononcé sur elle, j'éviterai de l'employer ; et, pour ne point fatiguer l'esprit des élèves, je continuerai à me servir de la nomenclature de Baudelocque, à laquelle elles sont accoutumées.

§ II. Parmi les positions ci-dessus indiquées, toutes ne sont pas, à beaucoup près, également fréquentes. Des calculs exacts ont été faits à ce sujet sur un nombre déterminé d'accouchemens. On peut en voir les détails dans la table comparative mise à la fin des Mémoires. En voici les principaux résultats. Sur 15,652 enfans nés dans l'espace d'environ neuf ans, 14,677 ont présenté le vertex, 349 les fesses, 235 les pieds, 72 la face, 68 l'une ou l'autre épaule, et 2 les genoux.

Les positions du sommet ont donc formé à-peu-près les $\frac{15}{16}$ de la totalité ; celles des fesses n'en ont fait que la 44e partie environ ; celles des pieds la 66e partie; celles de la face la 217e, et celles des épaules la 230e partie. Celles du vertex sont donc de beaucoup les plus fréquentes, et c'est un fait connu de tout le monde.

C'en est assez maintenant sur la diversité de fréquence : de plus amples détails doivent être réservés à des dissertations particulières.

ARTICLE II.

Fixité.

La manière stricte et rigoureuse dont on détermine les positions dans les ouvrages de théorie et dans les cours d'accouchemens pourrait faire croire au premier abord que les positions sont toujours fixes et invariables : cependant leur mobilité est si bien connue, que l'on a fait un précepte général de les *fixer* dans certains cas, et que, dans beaucoup d'autres, on a conseillé de changer, avec la main ou les instrumens, des positions défavorables. Les anciens étaient si prévenus de cette idée, qu'ils croyaient que, dans le plus grand nombre des cas, l'agitation du corps de la femme pouvait produire cet effet.

Les causes qui peuvent rendre variables la position du fœtus sont quatre principales : 1° la petitesse du fœtus ; 2° la grande quantité d'eau de l'amnios ; 3° la conformation du bassin ; 4° la mauvaise direction de l'utérus et du fœtus même.

La première est trop sensible pour nous y arrêter : elle est ordinairement jointe à la seconde.

Ces deux causes réunies sont celles qui produisent les plus grands effets sous ce rapport, surtout si le fœtus, mort depuis long-temps, est devenu

extrêmement flexible : c'est alors qu'on le sent changer de place, fuir le doigt, ou lui présenter successivement des parties très-différentes ; c'est en pareil cas qu'il sera quelquefois *ployé en double*, et qu'il fera sentir des parties que jamais fœtus à terme ne pourra présenter. J'ai vu mainte fois dans ces circonstances l'épaule remonter, le côté du tronc et la hanche glisser devant l'orifice, et les fesses descendre. Ce phénomène, bien observé par Denman (tom. II, pag. 300), a reçu de lui le nom d'*évolution*. Ajoutons-y l'épithète de *spontanée*, pour la distinguer de l'évolution artificielle que nous produisons en allant chercher les pieds. Une évolution en sens inverse a eu lieu une fois à la Maternité. Je venais de reconnaître l'épaule et le côté du thorax *d'un fœtus de six mois* : à peine avais-je quitté la femme, que les élèves de service m'envoyèrent avertir que l'accouchement se terminait seul. J'arrivai : le fœtus était sorti, et toutes m'assurèrent que la tête s'était avancée la première, et, la première, avait paru au dehors (1).

(1) Schweighaeuser a observé quelque chose de plus étonnant encore : il a vu une position de la fesse gauche réduite à une position de la tête lors de l'écoulement des eaux. (*Archives de l'art des accouchemens*, t. II, pag. 19.) Serait-il indiscret de penser que M. Schweighaeuser a pris d'abord la tête pour la fesse, et qu'il n'y a eu aucune évolution du fœtus ? J'avoue que telle est mon opinion, et que ce fait isolé ne prouverait pour moi pas grand'chose.

La seconde cause peut exister indépendamment de la première. C'est alors surtout qu'on a conseillé de fixer les positions favorables en rompant les membranes, et en déterminant ainsi la contraction de l'utérus sur l'enfant.

Ce moyen, soit dit en passant, demande cependant d'autant plus d'attention qu'il est d'ordinaire fort difficile de reconnaître la partie à laquelle on a affaire. Comment, en effet, distinguer à travers les membranes tendues un pied d'avec une main, la face encore élevée et mobile d'avec les fesses, etc., etc. ? Et de quelles ressources ne se prive-t-on pas si, dans un cas défavorable, on vient à déchirer les membranes avant une dilatation complète de l'orifice ?

La même cause occasione souvent le glissement d'une main ou d'un pied sous la tête. Doit-on regarder cet événement comme un changement de position ? Oui, quand par suite la tête remonte et fait place à l'épaule ou aux fesses (phénomène rare mais qui se voit) ; non, quand la tête reste là ; car alors ce n'est plus qu'un accident analogue à la procidence du cordon ombilical.

La conformation ordinaire du bassin est telle, comme on sait, qu'elle change nécessairement la direction de la tête du fœtus, et c'est ordinairement d'une manière favorable à la terminaison de l'accouchement.

Un certain degré d'étroitesse favorise même ces changemens utiles, car, suivant la remarque du

professeur Dubois, un bassin large exposerait davantage à l'enclavement qu'un bassin médiocre. Mais lorsque le bassin est par trop rétréci, quand il est vicié, soit dans ses diamètres, soit dans la direction de ses ouvertures, il peut changer défectueusement la position de la tête, car ce n'est guère que sur la tête qu'il peut agir ainsi. Sans doute, c'est souvent le vice du bassin qui amène la face ou plus encore le front ou l'un des pariétaux, quoique dans le premier temps du travail on eût senti, sans aucune équivoque, le sommet dans une position directe et franche.

Même dans un bassin bien fait, si l'utérus est fortement oblique, si le fœtus est dirigé presque horizontalement, les efforts utérins vicieusement dirigés engendreront les mêmes effets (*voy.* Baudelocque, accouchement l'enfant présentant la face).

C'est la quatrième cause : c'est à celle-là que l'on oppose quelquefois avec avantage la situation de la femme et la réduction de l'utérus (1).

ARTICLE III.

Diagnostic.

C'est surtout sous le rapport de la facilité ou des difficultés qu'il offre que nous devons le considérer ici.

Les difficultés du diagnostic peuvent regarder la

---

(1) Ce précepte a été donné bien avant Deventer par Louise Bourgeois, et par plusieurs des auteurs qui l'ont suivie.

partie que l'enfant présente et la position particulière de cette partie.

§ Ier. *Difficultés relatives à la partie présentée.* Elles dépendent de la difformité primordiale, de la déformation et de l'élévation de la partie (1).

A. Les difformités peuvent varier à l'infini. Les principales pour la tête sont l'hydrocéphale et l'anencéphale ou acéphalie : il en sera parlé ailleurs.

B. La déformation a pour cause la plus ordinaire la tuméfaction. Elle peut aussi résulter de l'*allongement*, de l'aplatissement, choses que l'on voit, surtout quand le bassin est difforme et l'enfant mou et flexible, putréfié, par exemple. Cette cause-là peut d'ailleurs se joindre à une sorte de

---

(1) Les commençans se créent souvent à eux-mêmes, dans le diagnostic, une difficulté qui n'existe réellement pas. Elle consiste dans l'idée qu'ils se font du volume des diverses parties du fœtus. Sentent-ils une fontanelle, ils se figurent l'autre fort voisine; il faut l'aller chercher, ils s'étonnent de la longueur du trajet; et si elle est trop éloignée, trop élevée pour qu'ils puissent l'atteindre, les voilà complètement déroutés; ils ne peuvent se représenter les fontanelles aussi distantes que le toucher le leur indique. L'exercice seul met à l'abri de cette erreur, qu'une parfaite connaissance du fœtus ne fait pas éviter. Autre chose est, en effet, de mesurer par la vue ou par le toucher isolé, surtout quand on n'y peut employer qu'un seul doigt. Il n'est peut-être personne qui n'ait expérimenté combien la langue juge mal du volume des corps mis dans la bouche; elle les apprécie toujours d'une manière exagérée. Eh bien! si je ne me trompe, c'est ici absolument la même chose.

gonflement et faire prendre la tête pour les fesses. Si l'enfant est putréfié depuis long-temps, le sang dissous s'infiltre dans le tissu sous-cutané ; souvent en grande abondance il s'épanche entre le crâne et ses tégumens. Les tégumens s'étendent, se séparent en partie des os ; les os eux-mêmes se disjoignent ; la tête, en filant par le bassin, s'allonge et se tend. On lui trouve alors une consistance particulière, et on peut croire à l'existence d'une hydrocéphale médiocre, même après l'expulsion du fœtus, et lorsque les yeux peuvent juger de l'état des choses. La mollesse des parties les en ferait aisément distinguer ; mais l'inspection anatomique jette là-dessus un jour bien plus grand encore. Tout alors est, à l'intérieur, baigné d'un liquide sanglant ; du sang séreux paraît épanché par-tout ; mais on ne trouve nulle part de véritable hydropisie.

On peut aussi, en pareil cas, prendre au toucher la tumeur pour la poche de l'eau de l'amnios, si on ignore qu'elle a déjà été rompue. Elle peut, en effet, l'avoir été avant l'arrivée de l'observateur, et celui-ci fera des tentatives sans doute peu dangereuses, mais toujours désagréables si elles laissent des traces que les parens puissent apercevoir.

La tuméfaction est bien plus ordinaire. Un accouchement ne peut se prolonger, surtout après la rupture des membranes, sans que la partie voisine de l'orifice ne soit plus ou moins tuméfiée, souvent ecchymosée ou affectée (si c'est la tête)

d'un véritable thrombus (1). S'il est facile, après la rupture des membranes, de distinguer la tête tuméfiée d'avec les fesses, il ne l'est pas de reconnaître sa position. Même après la rupture des membranes, il faut souvent beaucoup d'habitude et d'attention pour ne pas prendre la face tuméfiée pour les fesses. Les moyens d'éviter de pareilles erreurs seront indiqués dans les descriptions particulières.

La tuméfaction de la partie qui se présente la première est si ordinaire que le professeur Chaussier n'hésite pas à la regarder comme constante. Lui présente-t-on un fœtus mort peu avant ou peu après sa naissance, il fait chercher avec le scalpel une ecchymose dans le tissu lamineux sous-cutané, et le siége de cette ecchymose est pour lui le sûr

(1) Ces thrombus eux-mêmes peuvent être des causes d'erreur après la naissance, on peut les prendre pour une encéphalocèle, et Ledran me paraît avoir commis cette erreur (*observations chirurgicales*). Le moyen de les en bien distinguer c'est d'appuyer lentement le doigt au-delà de leur bord dur et saillant : on touche bientôt ainsi l'os au milieu du foyer. On sait que J. L. Petit a, le premier (*OEuvres posthumes*), averti les praticiens de se défier de l'apparence dans les contusions à la tête : c'est ici la même chose.

Les résolutifs suffisent souvent pour dissiper les thrombus ; d'autres fois il faut y faire une petite ponction ; le sang en sort toujours liquide et noir, et on peut s'assurer qu'il était épanché sous le périoste du crâne. Ils guérissent très-bien, quoique l'os soit ainsi dénudé ; rarement des abcès en ont été la suite, et les abcès eux-mêmes ont guéri en peu de temps.

indice de la position qui avait lieu. Le plus souvent au crâne cette ecchymose est latérale. Qu'on n'aille pas inférer de là que la tête a présenté son côté, ou du moins la moitié latérale de son sommet ou détroit supérieur. Il est une explication bien plus naturelle, bien plus conforme au mécanisme de l'accouchement.

C'est dans le deuxième temps du travail, c'est quand la tête est dans l'excavation, avant d'avoir exécuté sa rotation horizontale, que l'ecchymose s'opère principalement : la tête est alors serrée de toutes parts, excepté du côté de l'arcade du pubis : or, dans ses positions diagonales, comme dans les transversales, c'est son côté, c'est sa partie latérale qui correspond plus ou moins directement à cette arcade. Là il n'y a pas de résistance, là les humeurs, le sang peuvent s'accumuler; ces humeurs y séjournent, parce que leur passage dans les vaisseaux voisins est gêné par la compression des parois du bassin; là, donc, il doit se former une tumeur, une ecchymose, et, si cela dure davantage, un thrombus. Qu'on se représente une ventouse soustrayant à la pression atmosphérique une portion de la peau, et on aura l'idée de l'arcade du pubis dont l'aire vide et libre soustrait un côté de la tête à la pression du bassin.

C. L'élévation de la partie qui se présente rend souvent le diagnostic très-difficile, quelquefois même impossible, comme quand les membranes sont encore intactes.

Dans ces circonstances, si on n'est pas prêt à

opérer, si on a par conséquent intérêt à conserver les membranes, on ne peut explorer la partie du fœtus qu'en glissant le doigt entre l'orifice et la poche membraneuse; on ne peut, si cette poche est tendue, faire des recherches qu'à sa circonférence; son centre est trop éloigné de la partie que le fœtus présente, et on risquerait trop de le percer en y appuyant le doigt. On sait que la tension de la poche produit une augmentation apparente dans l'élévation du fœtus (*voyez* Levret, *Art des accouchemens*, p. 99), parce qu'il devient moins accessible : il suffit d'en être prévenu pour éviter cette erreur. Plus la poche des eaux sera tendue, et plus le diagnostic sera difficile. Mais la forme de cette poche ne peut-elle pas être, sous ce point de vue, de quelque utilité? C'est une opinion tombée aujourd'hui dans le mépris qu'elle mérite. Personne n'ignore maintenant que la forme ronde n'est pas plus exclusive à la tête qu'aux épaules, ni la forme cylindroïde aux bras qu'aux fesses.

Il n'en est pas de même, à mon avis, de la forme du ventre. A cette forme, j'ai maintes fois reconnu l'attitude du fœtus, lorsque les eaux écoulées permettaient à l'utérus de se mouler sur lui. La tête, surtout quand elle occupe la partie supérieure de l'organe, se dessine très-bien à travers les parois abdominales, si l'embonpoint ne s'y oppose pas. A cette forme j'ai reconnu (aidée pourtant d'autres symptômes) une rupture de l'utérus. Celui-ci faisait, en avant et en bas, une tumeur médiocre et

circonscrite, tandis que l'enfant, placé en travers derrière lui, distendait irrégulièrement l'abdomen. Il faut pourtant, quand on procède à un pareil examen ; se souvenir que la vessie remplie d'urine peut simuler un relief volumineux (*voyez* Smellie, pl. XXI) qu'on pourrait attribuer au fœtus.

Cette forme, cette disposition du ventre me servent même souvent, pendant la grossesse et quelquefois dès le sixième mois, à porter mon prognostic sur la facilité de l'accouchement. J'ai toujours eu mauvaise idée d'un ventre saillant et conique, ou bien très-élevé vers l'épigastre, et rarement mon attente a été déçue. J'ai vu alors la tête rester immobile au détroit supérieur, ou bien se présenter quelque partie défavorable, l'épaule, les fesses, etc.

Revenons à l'élévation réelle du fœtus : elle peut tenir à diverses causes (1). L'abondance de l'eau de l'amnios et la petitesse du fœtus produisent naturel-

(1) Les personnes peu exercées dans la pratique du toucher croient souvent la partie bien plus haute qu'elle ne l'est en effet. Cela dépend de la manière dont elles touchent, et on en trouve la raison dans la différence des *axes* du bassin. Presque tous les commençans négligent de faire soulever les fesses de la femme ; ils portent leur doigt sous les pubis et dans l'axe du détroit inférieur : aussi faut-il pousser le doigt fort loin pour rencontrer une partie médiocrement élevée, mais placée dans le plan du détroit supérieur. Cette équivoque disparaît si on appuie en arrière le doigt sur la fourchette, abaissant le poignet pendant que la femme lève le bassin ; le bout du doigt se porte alors suivant l'axe du détroit supérieur,

lement cette élévation, du moins dans le premier temps du travail.

La résistance, la dureté des membranes paraît évidemment la produire quelquefois, puisqu'on voit souvent la tête ou les fesses, restées long-temps au dessus du détroit, se précipiter dans l'excavation lors de la rupture des membranes.

Mais il est des cas où cette résistance n'y est pour rien, où le fœtus reste au-dessus du détroit, même après la rupture des membranes, quoique convenablement dirigé, enfin sans cause, sans raison valable. La faiblesse des douleurs y est sans doute pour beaucoup; mais j'ai vu souvent le même effet se produire malgré des douleurs énergiques et une dilatation suffisante de l'orifice utérin. Ces deux cas sont donc bien différens, et il importerait beaucoup de pouvoir les distinguer : car la déchirure des membranes qui accélère l'accouchement dans un cas le rend plus difficile et plus dangereux dans l'autre. Pres-

---

c'est-à-dire qu'il se dirige vers l'ombilic de la femme. La partie présentée est quelquefois tellement élevée au-dessus du bassin qu'on ne peut pas l'atteindre du tout; d'autres fois il faut pour la toucher que le doigt se recourbe derrière les pubis pour s'accommoder mieux à la direction des axes. En général, c'est moins par la profondeur à laquelle il faut porter le doigt, que *par le vide* de la courbure du sacrum, que je m'assure que la tête n'est point engagée. La profondeur varie trop suivant la conformation et l'embonpoint des individus; au contraire, il est toujours facile de parcourir du doigt toute la concavité du sacrum quand elle est libre.

que toujours j'ai su les distinguer, poussée par une sorte d'instinct médical, c'est-à-dire, par un ensemble de petites probabilités qui, insuffisantes isolément, me déterminaient par leur masse. L'absence de toute obliquité utérine et de tout vice du bassin, la forme favorable (basse et d'une rondeur régulière) du ventre, la dilatation commencée, la souplesse et l'amincissement de l'orifice, une tendance sensible qu'a la tête à s'engager dans le détroit, dans lequel elle semble faire un peu saillie, et enfin l'existence d'une *petite quantité d'eau* entre la tête et les membranes (*voy.* Puzos, p. 123), et la forme plate de la poche membraneuse, tels sont les signes dont la réunion me détermine à rompre les membranes. « Je ne crains pas les *eaux plates*, » disait souvent ma mère. L'expérience lui avait appris que cette forme de la poche membraneuse annonçait un travail long, mais un accouchement spontané. Pour moi, j'aime mieux accélérer la marche du travail, et c'est ce que produit infailliblement la rupture des membranes. On peut rencontrer des cas douteux; on peut n'avoir pas ensemble tous les indices que je viens d'énumérer, et alors le mieux serait d'attendre, et (si rien ne périclite) de confier la rupture des membranes aux seuls efforts utérins. J'avoue que plusieurs fois l'immobilité de la tête au détroit supérieur m'a forcée d'employer le forceps, après avoir rompu les membranes : peut-être en attendant davantage les choses auraient-elles pu changer de face et la tête

s'engager, puisque ce n'étaient pas les membranes qui lui résistaient (1). Je le répète, si le cas est douteux et si l'on n'a pas une expérience consommée, la prudence veut qu'on respecte les membranes et qu'on conserve les eaux. Quelquefois, après avoir attendu plusieurs heures et même un jour, la tête descend, puis les membranes s'ouvrent et tout va bien. Si elle ne descend pas, on sera toujours à même d'opérer quand il ne restera plus d'espoir.

La difformité du bassin retient souvent le fœtus au-dessus de l'excavation : la raison en est palpable; mais ceci a trait à un autre article.

Le bassin bien conformé retiendra aussi le fœtus au-dessus de ses ouvertures si celui-ci s'y présente défavorablement : cela rentre dans l'histoire des rapports *diamétriques* du fœtus et du bassin (Voyez *Pronostic*).

§ II. *Difficultés relatives à la position de la partie présentée.* Toutes les difficultés qui empêchent de reconnaître la partie présentée doivent nécessairement empêcher de reconnaître la position particulière de cette partie. Cela pourtant n'est pas sans exception. Une épaule peut être trop élevée pour

---

(1) Osiander s'est cru, à ce qu'il paraît, souvent dans la nécessité de rompre les membranes (Schweighaeuser, ouvrage cité, t. II, pag. 340). N'est ce point à cela qu'est due l'immense proportion des accouchemens qu'il s'est vu forcé d'opérer artificiellement? (*Ibid.*, t. II, pag. 29.)

qu'on puisse dire si c'est la droite ou la gauche, et cependant le coude d'un côté, l'acromion de l'autre, etc., indiqueront que cette épaule, *quelle qu'elle soit*, est dans telle ou telle position.

Il arrive bien plus souvent qu'on puisse dire *c'est la tête*, sans pouvoir ajouter dans quelle position; et cette obscurité tient souvent moins à la difficulté du toucher qu'à l'existence d'une position intermédiaire aux positions connues. Ces positions intermédiaires déroutent d'ailleurs beaucoup dans les recherches que l'on fait, et la plus grande habitude est souvent nécessaire pour s'y reconnaître. Pour donner les éclaircissemens nécessaires sur cette importante partie du diagnostic, j'entrerai dans quelques détails (*voyez* la nouvelle nomenclature des positions). Les positions *intermédiaires* peuvent avoir une direction moyenne entre les positions cardinales dans deux sens différens: verticalement et horizontalement.

A. *Verticalement.* Ce sont celles-là que, dans ma nomenclature, j'appelle inclinées. Que les positions de la tête viennent à changer dans le sens vertical, et nous aurons celles du front proprement dit (*voyez* Smellie, pl. XXII), celles de l'occiput, celles de l'un ou l'autre pariétal, qu'il ne faut pas prendre pour des positions du côté de la tête ou de l'oreille. Que les fesses soient un peu portées vers l'un des bords du détroit supérieur et le fœtus penché en arrière, les lombes deviendront plus accessibles; qu'il soit penché en avant, on trouvera

de prime-abord les parties génitales; qu'il s'incline latéralement, et une fesse seule sera au centre du bassin, l'abdomen sera dans le voisinage et la hanche presqu'au centre.

Avec les mêmes modifications, les pieds et les genoux nous approcheront les jambes et le devant des cuisses, ou même leur partie latérale.

La face, en s'inclinant dans un sens ou dans l'autre, offrira, au centre du bassin, le menton et une partie du col, le front, une seule joue, et, dans ce dernier cas, une oreille se trouvera assez voisine du centre du bassin.

L'épaule nous donnera, de la même manière, les prétendues positions du bras, du coude, du côté du col (*voyez* Smellie, pl. XXXIV), de la poitrine et du dos; toutes positions qui jamais ne sont franches et pleines comme l'indiquent les auteurs. Toutes ces positions imparfaites se rapportent aux sept genres que nous avons établis; presque toujours elles offrent les mêmes indications que les espèces cardinales, auxquelles elles sont rapportées dans ma nomenclature; quelques-unes pourtant offrent un pronostic et des indications tous différens et tous particuliers.

B. *Horizontalement*. Ce sont les positions que j'ai appelées intermédiaires proprement dites, ou hybrides: elles pourraient être multipliées à l'infini, car il n'est pas un point de la circonférence du bassin qui ne puisse se trouver en rapport avec les principaux diamètres des parties du fœtus, et sur-

tout de la tête. Entre chacune de nos six positions cardinales, il en est, je ne dirai pas une, mais cent possibles. Pour éviter une complication inutile, bornons-nous aux principales.

Le vertex pourra se présenter de six façons intermédiaires aux six positions cardinales que j'admets. Toute position diagonale des fesses sera regardée comme intermédiaire, et il en faut dire autant des cinq genres qui suivent (1), puisque toutes leurs positions cardinales sont ou transverses ou antéro-postérieures (2).

Pour les indications, ces intermédiaires sont absolument dans le même cas que celles des cardinales, dont elles se rapprochent le plus. Rarement offrent-elles des indications spéciales ; en général, leur diagnostic est aussi plus difficile à *énoncer* qu'à établir. Leur histoire est donc bien moins importante que celle des précédentes.

ARTICLE IV.

Causes.

Avant Solayrès on n'avait point remarqué l'obliquité de la plupart des positions de la tête. Smellie,

(1) Suivant Rœderer (§ 520), la face peut se présenter dans trois directions cardinales. « *On observe cependant aussi des situations intermédiaires qu'on peut rapporter aux cardinales.* »

(2) C'est relativement à leur grand diamètre qu'elles sont ainsi désignées.

qui a bien connu la rotation horizontale, croyait le vertex transversal dans le premier temps du travail, et les autres lui croyaient la même direction dans le premier que dans les derniers temps.

On n'avait donc aucune notion des causes de cette obliquité; mais de tout temps on avait remarqué la fréquence de la présentation de la tête et son volume : son poids considérable en avait bientôt donné la raison ; soit qu'on admît sa prépondérance pendant tout le temps de la grossesse, soit qu'on imaginât qu'elle ne se déclarait que dans les derniers mois.

Solayrès trouva dans la diminution du diamètre transverse du détroit supérieur occasionée par les psoas ; il trouva, dans la saillie convexe de l'angle sacro-vertébral, l'explication de l'obliquité du vertex. L'étroitesse générale du détroit et le frottement qu'elle occasione, lui parurent des causes valables de la flexion qui rapproche le menton de la poitrine; comme aussi la disposition des plans inclinés et de l'arcade lui rendirent raison de la rotation horizontale de la tête.

Voilà, en effet, les causes générales des positions les plus fréquentes du vertex.

La mobilité du fœtus et toutes ses causes (*voyez* article II) peuvent produire des positions différentes et plus ou moins désavantageuses. Par exemple, lorsque le fœtus, déjà grand, nage encore avec quelque liberté dans l'eau de l'amnios, si un mouvement brusque, une chute de la mère

le retournent et rendent la tête supérieure au reste du tronc, il pourra arriver qu'il reste ainsi placé, parce que son grand diamètre égalera ou surpassera même un peu les diamètres horizontaux de l'utérus. Il faudrait une secousse, une impulsion aussi violente que la première pour lui rendre sa première situation : sinon il présentera les pieds ou les fesses. Chaque position dans sa description particulière nous fournira l'occasion de parler en détail de ces causes soit certaines, soit conjecturales. Disons quelques mots sur les causes des positions hybrides ou imparfaites.

L'article deuxième m'a déjà donné occasion d'en parler. J'ai mentionné surtout les vices du bassin et l'obliquité de l'utérus. Je remarque que celle-ci influe sur la position, non-seulement dans le sens vertical, mais encore dans le sens horizontal. Cela tient à la torsion qu'éprouve, en pareil cas, l'utérus, et cela est si vrai, qu'en relevant la matrice j'ai plus d'une fois déterminé la réduction d'une cinquième position du vertex (Baudelocque) à la première.

ARTICLE V.

Pronostic.

Je parle ici du pronostic inhérent aux positions elles-mêmes, et non aux accidens ou aux complications.

Le pronostic doit être considéré comme favo-

rable toutes les fois que l'enfant présentant de petits diamètres aux ouvertures du bassin, peut sortir sans beaucoup souffrir et par les seuls efforts de la nature.

Ces conditions se rencontrent dans les positions des extrémités de l'ovoïde que représente le fœtus pelotonné dans la matrice.

Cependant toutes ne sont pas également avantageuses: la quatrième et la cinquième du sommet de la tête passent, avec raison, pour défavorables; les fesses, les genoux, les pieds, ont plus souvent besoin que la tête d'être aidés des secours de l'art. Le pronostic sera nécessairement moins favorable encore dans toute position qui présentera au bassin des diamètres supérieurs aux siens par leur étendue.

Généralisons davantage. 1°. Par rapport au fœtus, toute position qui ralentira le travail, et, à plus forte raison, toute position qui empêchera la terminaison de l'accouchement, sera dangereuse. Par rapport au fœtus, toute position qui changera son attitude pour une situation gênante, sera dangereuse, et pourra devenir funeste si le travail n'a pas une marche très-rapide.

2°. Par rapport à la mère, un *retard* dans le travail est souvent de peu d'importance; par rapport à la mère, peu importe l'*attitude* du fœtus, pourvu qu'il offre des diamètres favorables. Mais, par rapport à la mère, comme par rapport à l'enfant, toute position qui retarde beaucoup l'accouchement devient dangereuse, et toute position qui l'empêche absolument peut devenir funeste.

Voilà donc les faits qu'il faut combiner ensemble pour établir un pronostic raisonnable. Le pronostic porté par les auteurs sur certaines positions me paraît trop rigoureux : j'en parlerai ailleurs. Qu'il suffise, pour le moment, de dire que j'ai vu souvent la cinquième et la quatrième du sommet se terminer aussi facilement que la première ou la deuxième, et que j'ai vu plus souvent encore la face sortir avec promptitude et facilité : tout cela avec des enfans très-volumineux et vivans.

C'est surtout à cause de la difficulté des divers mouvemens du mécanisme de l'accouchement naturel, que les positions *imparfaites* sont fâcheuses ; elles le sont encore en tant qu'elles obscurcissent le diagnostic, car cette obscurité est toujours d'un mauvais augure, à cause de l'incertitude où elle met, par rapport aux indications et à la manière d'opérer.

L'époque du travail à laquelle on est parvenu doit entrer pour beaucoup dans le jugement qu'on porte sur le pronostic : plus il y a de temps que le travail dure, plus, par-dessus tout, il y a de temps que les membranes sont rompues, plus la mère et l'enfant sont en péril, surtout si on a déjà fait des tentatives plus ou moins nombreuses et plus ou moins énergiques.

L'indication même fournie par chacune des positions, et par les circonstances qui l'accompagnent, la nature des moyens qu'on est forcé d'employer, sont encore des incidens à considérer dans

l'établissement du pronostic. Il est favorable si l'accouchement marche seul, si la main, les lacs, le crochet mousse, suffisent pour le terminer en *aidant* à la nature. Il l'est bien moins quand il faut en venir à la version de l'enfant où à l'application du forceps; il est plus fâcheux encore quand il faut entamer le fœtus ou les parties de la mère.

Les dangers de la version sont relatifs à la mère et à l'enfant. 1°. Relativement à la mère, ce ne peut être sans une vive douleur que la main traverse les parties de la femme pour aller chercher les pieds du fœtus; ce ne peut être sans grand danger de rupture qu'on retourne le fœtus dans un utérus moulé et serré sur lui, comme la chose est ordinaire quand un certain temps s'est écoulé depuis l'ouverture des membranes.

2°. Par rapport à l'enfant, le pelotonnement auquel on le force, le tiraillement qu'on fait éprouver au rachis et aux membranes, la compression à laquelle sont exposés et l'abdomen et le cordon ombilical, voilà les sources du danger qu'il court en pareil cas. Remarquez qu'on voit des enfans bien constitués succomber à des manœuvres faciles, promptes et mesurées; qu'on en voit d'autres, au contraire, résister aux tractions les plus vigoureuses et les plus longues, aux torsions, aux compressions souvent indispensables alors. Quelle en est la raison? elle m'est tout-à-fait inconnue, et je n'ai rien observé de constant à cet égard dans

l'apparence extérieure ou intérieure des enfans, ni dans leur âge, ni dans la durée du travail; j'ai même vu des enfans vivre et se bien porter quoique, dans les efforts qu'on exerçait sur le tronc, il se fût produit un craquement et une secousse sensibles, qui paraissaient tenir à la distraction des vertèbres du col. Soyons donc extrêmement réservés sur le pronostic, par rapport à la vie ou à la mort de l'enfant; ne prononçons que dans les cas de nécessité, et appuyons-nous sur des symptômes réels et actuels, et jamais sur des conjectures.

Le forceps a aussi ses dangers. Introduit avec précaution, jamais il ne détache le vagin d'avec l'utérus; mais, malgré les plus grands soins, une tête mal dirigée s'accommodera mal à sa courbure; un de ses bords pourra faire saillie et sillonnera l'orifice utéro-vaginal, pour peu qu'il soit tendu et contracté. En outre, le forceps, appliqué sur une tête molle et putride, peut glisser, s'échapper brusquement, sillonner le vagin et rompre le périnée. Dans le dernier temps du travail, il déterminera presqu'inévitablement cette rupture, si on n'a soin de le retirer quelques instans avant la terminaison complète.

Par rapport à l'enfant, s'il faut serrer beaucoup, on contond toujours, quoiqu'à un degré variable, la partie saisie. On n'est pas toujours bien sûr de la direction de la tête (voyez *Difficultés du diagnostic*), et, par conséquent, on peut quelquefois le faire agir sur la face, le haut du col (positions

imparfaites), etc.; mais alors même qu'il tient la tête par les côtés, ne comprime-t-il pas toujours un peu le cerveau, et n'est-il pas la cause de la disposition aux convulsions qui suivent souvent son emploi ? ne peut-il pas même fracturer quelquefois le crâne ? Ce dernier fait, je ne l'ai jamais constaté par l'examen anatomique, mais j'en conçois la possibilité, et on la concevra comme moi, je pense, quand on saura que cet accident n'est pas très-rare dans des accouchemens spontanés et simples.

La pression latérale est quelquefois assez forte alors pour aplatir le crâne transversalement et rompre les pariétaux longitudinalement et très-près de la suture sagittale. Des enfans surveillés exactement, et chez qui nulle chute, nul coup, nulle pression ultérieure à la naissance ne pouvaient être soupçonnés, sont morts sans cause connue un, deux ou trois jours après la naissance. La dissection a démontré l'existence d'une fracture à chaque pariétal, longue de quatre à cinq lignes, parallèle à la commissure sagittale, et baignée de sang, dont une partie était épanchée sous le péricrâne, et l'autre sur la méninge.

ARTICLE VI.

Indications.

Il en est trois différentes : 1°. laisser agir la nature, 2°. aider à la sortie de la partie qui se présente, 3°. changer la position.

Chacune de ces indications peut être plus ou moins distincte et précise, et les deux dernières requièrent des procédés opératoires plus ou moins énergiques, suivant les circonstances.

§ Ier. *Première indication.* Toutes les fois que l'enfant *bien portant* présente, dans une *attitude commode* pour lui-même, des *diamètres convenables* à ceux du bassin; que la mère n'éprouve *aucun accident*, et que la matrice, douée de toute sa force, *se contracte avec vigueur*, il faut *laisser agir* la nature, ou seulement *la diriger*.

Je veux dire par ce dernier mot qu'il suffit (1) de faire pousser à propos ou de retenir les efforts de la femme, de soutenir l'orifice utérin poussé par le fœtus, et de préserver le périnée de la rupture en opposant une pression extérieure à la pression intérieure, qui tend à le déchirer. Lorsque la vulve est étroite et l'enfant volumineux, on ne doit pas se contenter de soutenir le périnée pendant la sortie de la tête; il faut avoir le même soin quand les épaules passent, surtout si la tête a déjà un peu endommagé la fourchette (2), car alors les épaules achèvent la rupture totale.

---

(1) J'en excepte pourtant les cas dont j'ai parlé plus haut. Dans ces cas, malgré les dispositions en apparence les plus favorables, rien n'avance, et on se voit obligé d'agir comme si un obstacle quelconque entravait la marche du travail.

(2) Cette entamure préliminaire n'est pas toujours nécessaire. On voit souvent les épaules rompre un périnée jusque

§ II. *Deuxième indication*. On aidera à la sortie de l'enfant, ou bien en agissant sur la mère, ou bien en agissant sur l'enfant.

1°. *La mère* étant supposée bien conformée (1), pour qu'il suffise d'*agir sur elle*, on doit supposer que l'enfant n'offre que des diamètres qui puissent s'engager dans ceux du bassin. Favoriser la dilatation des parties molles, les lubrifier, exciter les contracions expulsives, les diriger convenablement dans le cas d'obliquité, soustraire les obstacles *présumables* : telles sont les diverses manières de favoriser l'accouchement, en opérant sur une mère non difforme.

A. Pour favoriser la dilatation des parties, il ne s'agit point, comme le faisaient autrefois les accoucheurs et les sages-femmes, de distendre, de tirailler l'orifice, le vagin et la vulve. Les hommes instruits ont, de tout temps, reconnu le danger de pareilles manœuvres, « et surtout en cet acte icy, dit un des plus anciens auteurs, le devoir de la sage-femme sera tel de ne rien précipiter ni haster, se donnant de garde d'eslargir par force le passage de l'enfant » (GUILLEMEAU, p. 125). Cette dilatation forcée, jamais je ne cherche à la produire,

là intact, lorsque le bras qui est en arrière sort *ployé* : le poignet sort avec l'épaule, le coude pousse le périnée en arrière; il s'échappe brusquement et déchire pour se faire place.

(1) Il ne s'agit pas ici de l'opération césarienne, etc. : c'est le vice du bassin et non la position du fœtus qui l'indique.

non pas même dans le cas d'hémorrhagie, puisque, comme je le prouverai ailleurs, le tampon me fournit alors un moyen d'attendre *avec sécurité* l'opération de la nature ; mais on *favorise* souvent, d'une manière incontestable, l'élargissement et l'ampliation des passages en les humectant, en les ramollissant, en diminuant leur éréthisme. C'est ainsi qu'agissent les fumigations d'eau pure, les injections tièdes, surtout les bains et la saignée du bras. J'ai vu mainte fois tel accouchement qui ne faisait aucun progrès depuis huit à dix heures, à cause de l'état stationnaire de l'orifice, se terminer avec une vélocité étonnante à la suite d'un demi-bain ou d'une saignée de huit à douze onces.

Il a de tout temps régné sur ce point une opinion que je ne puis partager. Tout le monde croit que la dilatation des passages est plus difficile chez les femmes avancées en âge ; il n'est pas un accoucheur qui ne redoute un premier accouchement chez une femme de trente, trente-cinq à quarante ans ; il n'est pas une femme de cet âge qui ne voie avec effroi arriver le moment de sa première couche. L'expérience m'a trop souvent prouvé la fausseté de ces préventions pour que je puisse les adopter. Sans doute on voit souvent le travail lent et pénible chez une femme âgée et qui n'a point eu d'enfant ; mais n'en est-il pas de même des plus jeunes ? La proportion, j'ose l'assurer, est parfaitement égale. Si quatre sur dix ont, parmi les jeunes primipares, un accouchement facile, quatre sur dix,

parmi les plus âgées, accouchent avec promptitude et facilité.

B. Lubrifier les parties génitales est une précaution qui ne devient guère utile que lorsque le fœtus est fort bas. Elle est de peu d'importance, et tout corps gras ou mucilagineux peut servir dans cette intention à enduire l'intérieur de la vulve et les parties basses du vagin.

C. Il n'en est pas ainsi de l'excitation des organes *expulseurs*. Cette indication est d'une toute autre importance, et malheureusement elle est bien moins facile à remplir.

On peut bien, en effet, exciter les contractions des muscles de l'abdomen, puisqu'ils sont soumis à la volonté; mais on ne peut déterminer de la même manière celles de l'utérus, et sans celles-ci, les premières sont presque entièrement inutiles. Cependant l'effort même des muscles abdominaux peut exciter quelquefois l'utérus et le faire contracter; souvent il suffit de faire marcher la femme souffrante pour déterminer le même effet. Dans ce cas, sans doute, la pression du fœtus sur l'orifice utérin est une cause d'excitation aussi forte que la mise en jeu des muscles de l'abdomen. Des frictions circulaires sur l'abdomen réveillent fréquemment l'utérus *assoupi*, mais non complètement *inerte*. On parle de lavemens irritans, de lavemens purgatifs: le peu d'effet que j'ai vu résulter des lavemens ordinaires m'a détourné de l'emploi des autres.

Dans ces derniers temps, on a proposé, on a

préconisé et vanté comme infaillible l'usage du *seigle ergoté*. Ce médicament agissait à coup sûr ; et son efficacité était incontestable. On verra plus tard qu'il n'a nullement répondu aux brillantes espérances qu'on voulait nous donner sur son compte, et que son innocuité est sa plus grande vertu.

Reste enfin un dernier moyen d'excitation. Je parlais tout-à-l'heure de l'inconvénient des dilatations forcées. Comme dilatations, leur effet est plus nuisible qu'utile ; mais, comme excitations, elles peuvent rendre de grands services. Les pressions exercées soit sur l'orifice utérin, soit sur la partie postérieure des lèvres de la vulve et sur la commissure antérieure du périnée, contribuent souvent beaucoup à l'augmentation des douleurs. Rarement, comme l'a remarqué Solayrès, amènent-elles des douleurs qui ne seraient pas venues sans elles ; mais il est certain qu'elles rendent plus intenses celles qui devaient avoir lieu. C'est surtout sur la vulve que j'exerce les pressions : j'agis très-rarement sur l'orifice utérin. En appuyant ainsi sur les muscles transverses du périnée et le releveur de l'anus, surtout quand la tête est dans le vagin, j'obtiens des résultats d'un avantage non équivoque ; je détermine un ténesme qui force la femme à pousser, en même temps qu'il accroît sympathiquement le spasme de la matrice. Guillemeau, déjà cité, avait aussi connaissance de ce fait. « Luy faisant par en bas, et principalement *vers le siége* et os pubis, qui sont les deux extrémités du conduit natu-

rel, de petits linimens avec le bout et extrémité des doigts, ayant premièrement rogné ses ongles de fort près : ce qui fera irriter et aiguillonner la matrice à l'expulsion dudit enfant. » (*L'heureux Accouchement*, pag. 154.)

D. Diriger les forces utérines dans un sens convenable, c'est souvent un moyen d'accroître beaucoup la célérité du travail. L'obliquité utérine, quand elle est considérable, ralentit toujours les progrès du fœtus et peut même s'opposer à sa sortie : détruisons-la donc, et remettons l'utérus à sa place. Ici doit se trouver également la réduction de l'orifice utérin dévié (ordinairement en arrière, quelquefois sur un des côtés) au centre du bassin : on sait que l'index suffit ordinairement à cette opération, et que le décubitus sur le côté opposé à l'obliquité est le premier des moyens de la corriger.

E. En considérant d'une manière générale les obstacles qui s'opposent à l'accouchement, on les subdivise au premier abord en ceux des parties dures et ceux des parties molles. La plupart de ces obstacles et leurs indications spéciales sont assez importans pour mériter un mémoire particulier. Je ne parlerai ici que de quelques obstacles *purement accidentels*. Le premier est la plénitude de la vessie. Cette plénitude, comme Pigrai l'avait jadis observé, peut empêcher les progrès du travail, moins par le volume de l'organe qui se porte aisément en avant et en haut, que par la douleur qu'elle produit, laquelle fait diversion à celles de l'utérus et le para-

lyse en quelque sorte. Portal (pag. 217) en a fait la remarque ; « car j'ai vu plusieurs femmes, dans pareille occasion, dont la vessie se trouvant pleine, leur causait d'extrêmes douleurs, même jusqu'à retarder leur accouchement. »

Le professeur Dubois attribue cette suppression des douleurs utérines à une sorte d'instinct qui fait que l'utérus se refuse aussi-bien que les muscles abdominaux à des efforts qui menacent la vessie de rupture. Rien de plus facile, fort souvent, que de remédier à cet obstacle. Quelquefois pourtant la tête du fœtus écrase l'urètre derrière les pubis, de manière à gêner beaucoup, sinon à empêcher tout-à-fait le passage de la sonde. Dans ce cas, il est utile de faire coucher la femme en travers sur le bord de son lit, et les jambes fléchies comme pour un accouchement difficile ; il est utile aussi de porter en haut la pointe de la sonde et d'abaisser son pavillon vers le périnée. Quelquefois encore on a plus de facilité en tournant la concavité de la courbure vers le sacrum : elle s'accommode mieux alors à la forme de la tête. Au reste, on tâtonne, on essaie d'une sonde élastique, et si malgré tout on ne peut parvenir à son but, on attend et on s'occupe des autres indications. J'ai bien entendu parler de rupture de vessie : ma pratique ne m'a rien fait observer de semblable. Plus raisonnablement on pourrait craindre la paralysie de cet organe. Est-ce à elle ou au boursoufflement inflammatoire du canal qu'est due la dysurie qui suit si fréquemment les accouche-

mens longs et pénibles ? Quelle qu'en soit la cause, cette dysurie n'a jamais été redoutable à mes yeux que quand elle a été suivie du détachement d'escarres gangréneuses, et de la formation de fistules à l'urètre ou au bas-fond de la vessie. Ordinairement ces fistules sont ou urétro ou vésico-vaginales : une seule fois j'en ai observé une *vésico-utérine* : j'en parlerai dans la suite.

Le deuxième obstacle dont je veux parler encore, c'est la résistance des membranes : j'ai indiqué les caractères qui annoncent cette résistance (voyez *Diagnostic*). Dans les cas même les plus évidens, on ne doit les rompre que quand l'orifice est assez large ou *assez mou* pour livrer impunément passage à l'enfant expulsé ou extrait. On sait que cette rupture des membranes suffit souvent pour réveiller les douleurs ; soit que l'utérus, rétréci par sa force tonique et appuyé sur l'enfant, s'irrite du contact de ce corps étranger, soit que cette contraction ne soit que le résultat de la liberté où il entre par l'évacuation de l'eau, et que son inertie antérieure ait été produite par sa distension, « qui empêche ainsi que la vertu expulsive ne peut jeter l'enfant dehors qu'avec très-grande difficulté, ainsi qu'on voit quand la vessie est trop pleine d'urine, etc. » (AMBROISE PARÉ, pag. 714).

2°. Pour *aider* l'accouchement, on ne peut *agir* que *sur certaines parties du fœtus* : ce sont celles qui, à la rigueur, pourraient sortir spontanément les premières, amenant le reste du fœtus à leur suite,

savoir, les pieds, les fesses, les genoux et la tête.

A. Sur les pieds, les fesses et les genoux, les seuls moyens à mettre en usage sont les mains, les doigts, les crochets mousses et les lacs. Pour les mains et les doigts, voyez les positions en particulier. Les crochets mousses doivent être rarement mis en usage; les doigts peuvent presque toujours en tenir lieu. Cependant j'en ai tiré un parti avantageux en les appliquant sur les aînes, et quelquefois aussi sur la mâchoire inférieure, ou dans une ouverture faite au crâne : c'est pour cela que je préfère à toute autre forme celle que Burton veut qu'on leur donne (t. 1er, p. 336), c'est-à-dire, qu'ils soient très-ouverts et que leur courbure dépasse à peine le sinus d'un angle droit. C'est le moyen d'empêcher que leur pointe ne contonde les parties, et c'est aussi celui de rendre plus facile leur application. Il est presqu'impossible d'introduire dans la bouche ou dans une ouverture du crâne d'un enfant mort, un crochet dont la courbure forme une anse ou un demi-cercle; au contraire, celui qui ne forme qu'un simple coude à angle droit est facilement engagé dans une ouverture, même très-étroite.

Quant aux lacs, je ne me rappelle pas avoir jamais rencontré la nécessité de les appliquer ailleurs qu'aux malléoles ou aux poignets, pas même à l'aîne ou à l'aisselle. Les lacs de soie sont ceux que je préfère : la soie résiste beaucoup, elle est très-souple, très-flexible, et ses nœuds coulent aisément, même quand elle est mouillée. Les avantages que

je trouve dans un simple ruban de soie, je les chercherais en vain dans ceux de laine ou de fil. Ces lacs ne sont utiles qu'autant que les parties sont encore contenues dans le vagin ; une fois sorties on n'en a plus besoin ; un linge sec dans lequel on enveloppe le membre les remplace alors avec avantage ; il ne contond, n'étrangle pas la partie et ne glisse que difficilement sur elle.

B. Sur la tête du fœtus, quand c'est elle qui se présente la première, on ne peut guère se servir de la main ou des doigts seuls. Parmi les auxiliaires dont on a proposé de s'aider alors, il en est beaucoup qui sont tombés dans un juste oubli : le filet, les lacs, le tire-tête, le levier sont aujourd'hui tombés dans une entière désuétude. Il faut, pour agir sur la tête, des intrumens solides, d'une prise ferme et d'une application facile. De ces instrumens, il en est qu'on n'emploie qu'après la mort de l'enfant; il en est d'autres qui, n'agissant pas sur lui d'une manière nuisible (pour l'ordinaire), peuvent être employés pendant qu'il vit encore. La première classe comprend les crochets aigus ou mousses et le perce-crâne. La deuxième est composée d'un seul instrument, le forceps.

Première Classe. Le *crochet aigu*, tel qu'on l'emploie aujourd'hui, est toujours simple. On ne se sert plus des pinces armées de pointes, ni des deux crochets de Mesnard, ni des crochets à deux pointes de Smellie. Cet instrument ne doit point être ouvert et élargi comme le crochet mousse : c'est par sa pointe qu'il doit porter et non par toute sa portion recour-

bée, comme ce dernier doit le faire. La pointe doit regarder vers le manche dans le crochet aigu ; elle doit être dans une direction presque perpendiculaire à celle du manche dans le crochet mousse. On ne peut donc, à mon avis, faire qu'un mauvais instrument si, en renfermant la pointe dans une olive, on veut avoir sur la même tige un crochet aigu et un crochet mousse. Une tige droite rend l'application plus facile et les tractions plus sûres; mais une tige recourbée (*voyez* les planches de Smellie) pourra quelquefois être utile et favoriser l'action du crochet sur la partie de la tête qui regarde le fond de l'utérus, et donner ainsi plus de prise. Dans les règles de la bonne théorie, cet instrument devrait toujours être fixé, non-seulement sur des points solides et résistans, mais encore sur des points déterminés, et toujours sur une des extrémités des grands diamètres de la tête. Ainsi, quand le sommet se présente, c'est sur l'occiput qu'il faudrait appuyer l'instrument; la tête se fléchirait, et sa plus grande longueur filerait perpendiculairement aux détroits. Quand c'est la base du crâne qui s'avance la première, soit que le reste du tronc soit séparé de la tête, soit qu'il y tienne encore, c'est sur le front et la face qu'il faudrait porter son effort: on tournerait la face en bas, et on obtiendrait encore des rapports très-favorables entre les diamètres de la tête et ceux du bassin. On ne devrait jamais, d'après ces principes, accrocher les parties latérales de la tête; mais quelle différence quand on en vient

à l'exécution, surtout quand un bassin vicié dérange ou empêche les manœuvres les plus rationnelles ! Alors on s'attache où l'on peut, heureux encore si on peut saisir une partie résistante qui entraîne le reste, et si les parties successivement saisies ne viennent point pièce à pièce à la pointe de l'instrument.

Le *crochet mousse*, appliqué sur la tête sans l'action préliminaire d'aucun autre instrument, ne peut guère trouver de prise que sur la mâchoire inférieure: cependant comme cet os est très-mobile et qu'il cède aisément, le crochet glisse et s'échappe. Quand on n'a pas besoin d'un très-grand effort, on peut le fixer d'une manière plus sûre en l'appuyant sur les parties molles entre la joue et la mâchoire. Mais quand on a d'abord fait agir le perce-crâne, le crochet mousse devient d'un emploi plus commode, plus sûr et moins dangereux que le crochet aigu; il ne déchire pas comme lui les parties, il appuie sur une surface plus grande, et s'il s'échappe, il ne blesse pas dangereusement la mère ou l'opérateur.

Le *perce-crâne* a quelquefois suffi pour faciliter et déterminer l'accouchement (1): la tête amoindrie a cédé aux contractions utérines. Le plus souvent il ne fait que préparer la voie aux crochets, ou bien il diminue le volume de la partie et permet l'extraction à l'aide du forceps ou de la version.

---

(1) C'est ce qui se voit souvent dans le cas d'hydrocéphale.

Par rapport au procédé opératoire, ce que j'ai dit du crochet aigu, je le répète pour le perce-crâne. On ne devrait le faire pénétrer que dans une suture ou dans une fontanelle. Il entrera où on trouvera place, et souvent il faudra qu'il perce les os du crâne si les jonctions membraneuses sont trop distantes du centre du bassin : j'en parle par expérience. Nommer les ciseaux de Smellie, c'est dire assez comment j'ai l'habitude de m'en servir. C'est en effet le perce-crâne que j'ai adopté comme la plupart des modernes. Chacun sait qu'il agit en perçant d'abord, puis en agrandissant l'ouverture par l'écartement de ses branches.

Deuxième Classe. Le levier, qui a fait tant de bruit entre les mains de Roonhuisen, est tombé maintenant dans une telle défaveur, que je crois inutile d'ajouter aux critiques qu'on en a faites. Le *forceps*, au contraire, jouit d'une considération méritée à tous égards. Nous devons entrer ici dans quelques considérations générales à son sujet ; car, quoique exclusivement destiné à la tête, il est applicable aux positions de la face aussi-bien qu'à celles du vertex et de la base du crâne. Depuis sa première origine, le forceps a subi un très-grand nombre de modifications, qui tantôt ont contribué à son perfectionnement, et tantôt l'ont mal à propos altéré. D'abord droit, il fut courbé sur les bords par Smellie (t. 1er, p. 273), et dans le même temps, Levret, en lui donnant la même courbure, y joignit les crochets mousses, lui donna plus de lon-

gueur et de largeur, et enfin l'accommoda parfaitement à la forme de la tête et à la direction du bassin. C'est celui-là que je préfère à tous. J'aime que sa courbure soit *modérée*, que sa longueur soit médiocre, et telle seulement que le pivot répondant au centre du détroit inférieur, l'extrémité des cuillers dépasse de trois pouces et demi le niveau du détroit supérieur d'un bassin bien fait. Je désire qu'il soit intérieurement bien évidé et privé de ce filet saillant qui borde les anciens forceps; je préfère aussi que le col du pivot soit formé par la rencontre de deux cônes et non brusquement rétréci : l'articulation en devient bien plus facile et moins rude; enfin, pour la raison ci-dessus exposée et pour la commodité même de l'instrument, je demande que les crochets soient très-ouverts et presque en angle droit. Les branches du forceps se distinguent généralement sous les noms de *mâle* et de *femelle;* ses courbures, sous les noms d'*ancienne* et de *nouvelle*. N'aurait-on pas des idées plus nettes et plus essentielles à la pratique en nommant les branches *droite* et *gauche*, d'après la position des cuillers entre les mains de l'accoucheur (1); en désignant les courbures sous les noms de *courbure des faces* et *courbure des bords?* C'est de ces dénominations que je me servirai constamment dans le cours de cet

---

(1) La branche mâle représente la main droite de l'accoucheur; branche droite. La femelle représente la main gauche; branche gauche.

ouvrage : j'espère qu'elles ne laisseront pas d'équivoque. On me comprendra tout aussi aisément, je pense, quand je dirai *la concavité des faces*, *la convexité des bords*, ou quand j'emploierai les expressions de *face convexe* et *bord concave*, etc.

Principes généraux. C'est toujours sur la tête que doit s'appliquer le forceps, et nul accoucheur ne s'aviserait aujourd'hui de suivre le conseil de Levret, par rapport aux fesses. C'est toujours sur la tête, et c'est, autant que possible, sur ses côtés. Déjà Smellie en avait donné le précepte (tom. Ier., pag. 277). Baudelocque ne reconnaît qu'une circonstance qui puisse changer cette règle générale (enclavement transversal). Oui, sans doute, il faut, *autant que possible*, appliquer le forceps sur les côtés de la tête et parallèlement au diamètre occipito-mentonnier ; mais, dans un bassin difforme, fait-on comme on veut ? Mais, quand l'élévation de la tête, quand sa tuméfaction empêchent de reconnaître sa position, peut-on être sûr d'embrasser la tête par ses côtés ? Ne peut-on pas soi-même changer la position par l'introduction de la première branche ? La règle n'est donc pas sans exceptions, il s'en faut de beaucoup.

Un jeune accoucheur russe nous assurait il y a quelques jours, qu'à Saint-Pétersbourg on était beaucoup moins difficile que nous sur cet article. On y applique constamment, nous disait-il, le forceps sur les côtés du bassin, sans s'inquiéter beaucoup de la position de la tête, et on ne s'en

trouve pas mal. C'est un point de pratique qui nous arrêtera encore, et que nous discuterons alors plus amplement.

Toujours les branches doivent être placées de manière que, la rotation une fois opérée, la concavité des bords regarde les pubis. Jamais, comme Deleurye l'indique d'après Levret, jamais, dans quelque cas que ce soit, on ne doit tourner la convexité ailleurs que dans la courbure du sacrum à laquelle elle est accommodée. Tout au plus, dans les premiers momens, peut-on se permettre de la tourner vers un des côtés du bassin; jamais il ne faut tourner la concavité des bords vers une des symphyses sacro-iliaques, même avec l'intention de la ramener sous les pubis : ce serait vouloir tordre le cou de l'enfant et meurtrir toutes les parties molles du bassin (1).

Procédé opératoire. Dans quelque opération que ce soit, relative à l'art des accouchemens, je ne trouve aucune situation de la femme qui réunisse autant d'avantages que celle que j'emploie journellement à la Maternité. En un moment on

(1) On ne peut s'appuyer pour cela de ce qui arrive dans certaines positions du sommet. Si la quatrième position se réduit à la première par les seuls efforts de la nature, et qu'ensuite l'occiput, par une nouvelle rotation sur-ajoutée à la première, se tourne sous les pubis, c'est que le tronc était déjà en partie tourné dans ce sens, et que par conséquent la nature a trouvé plus de facilité dans cette rotation que dans la rotation opposée.

a transformé le lit de travail ordinaire en *lit d'opération*. Un des bords du lit est appuyé contre la muraille, et, de ce côté, nous accumulons, vers son milieu, des oreillers destinés à soutenir les épaules et la tête de la femme. Le sacrum appuie sur le bord libre du lit; les pieds sont portés sur les genoux de deux élèves assises l'une vis-à-vis l'autre; deux autres élèves, assises à côté des oreillers, maintiennent les épaules, et retiennent la femme lorsque je tire sur l'enfant. Nul fauteuil, nul lit mécanique n'est préférable à celui-là, ni pour la commodité, ni pour la simplicité. Rien de plus facile, après l'accouchement, que de rétablir le lit ordinaire : on transporte les oreillers vers une des extrémités; on n'a qu'à tourner la malade, et elle se retrouve couchée dans l'attitude convenable pour dissiper la fatigue qu'elle vient d'éprouver.

Je ne sais jusqu'à quel point un fauteuil mécanique peut remplacer les aides : pour moi je n'en ai jamais manqué dans ma pratique particulière, et je ne crois pas que rien puisse avantageusement les suppléer, surtout quand on les a aussi nombreux et aussi exercés que dans notre école.

Debout entre les cuisses de la femme, j'opère de la manière suivante. Avant de la décrire, rappelons d'abord le judicieux précepte de Baudelocque. Je ne manque jamais, ainsi que lui, de faire voir le forceps à la femme, et de lui expliquer à-peu-près son usage et sa façon d'agir. Il n'en est aucune que cette démonstration ne tran-

quillise, et j'en rencontre souvent qui, à leur deuxième accouchement, sollicitent l'application du forceps qu'elles *ont vu* mettre en usage pour les débarrasser au premier.

Graisser l'instrument, l'échauffer, etc., ce sont des précautions trop connues pour que je m'y arrête : je passe à l'exécution.

Je m'assure d'abord de l'état de l'orifice utérin, et jamais je n'essaie l'application si l'instrument doit y entrer avec peine : ce serait vouloir tout déchirer.

Si la tête a franchi l'orifice, et qu'il soit rétracté vers la poitrine, deux doigts suffisent pour diriger la cuiller. Mais si la tête est encore dans l'utérus, il faut que les doigts entrent dans l'orifice pour conduire avec certitude l'instrument sur elle, et l'empêcher de heurter l'union de la matrice et du vagin ; il peut être nécessaire, à cet effet, d'introduire toute la main dans le vagin, quand la tête est haute, par exemple. C'est en négligeant ce soin que les ignorans déchirent le vagin, et pénètrent dans l'abdomen : ne connaissant pas la cause de l'obstacle qui les arrête, ils le franchissent par la force, et la déchirure une fois faite, ils l'agrandissent par de nouvelles tentatives. Nous en avons eu trop souvent la déplorable preuve chez les femmes qu'on nous apporte après des manœuvres aussi funestes qu'infructueuses. Un de ces accoucheurs nous écrivait qu'il n'y avait plus de ressource que dans l'opération césarienne : un quart d'heure après, la femme accoucha spontanément.

Cette précaution prise, j'introduis la cuiller en la glissant sur la face palmaire de la main ou des doigts. Levret veut qu'on la fasse entrer toujours sur le côté du bassin, pour la conduire ensuite au lieu convenable. Baudelocque semble n'admettre cette manœuvre que quand la tête est au-dessus du détroit supérieur ; dans les autres cas, il laisse à penser qu'on doit la passer sur-le-champ du côté où elle doit rester après la jonction des deux branches. Pour moi, je l'introduis constamment sur le ligament sacro-sciatique. C'est là que le bassin est plus droit ; on y trouve encore l'espace agrandi par la courbure du sacrum, et on n'y trouve point l'obstacle qu'opposerait, en haut de cette courbure, la saillie vertébrale.

Quant à la branche à placer la première, on sait bien que cela varie suivant les circonstances (*Voy.* le Mémoire suivant). Je ne veux faire ici qu'une remarque. S'il fallait qu'une branche fût tout-à-fait en avant et l'autre en arrière (position transversale), faudrait-il, comme on le conseille, commencer par placer celle que j'ai nommée la première? Trouvera-t-on plus de facilité dans la courbure du sacrum que sous les pubis? Je ne le crois pas. Au moyen du mouvement spiral que je vais décrire tout-à-l'heure, je parviendrai plus aisément à glisser une branche sous les pubis qu'à en enfoncer une en arrière. En effet, la première branche poussera la tête dans la concavité du sacrum, et la deuxième branche étant moins courbée sur ses faces que cet os, son extré-

mité heurtera contre lui ou contre l'angle sacro-vertébral, et elle ne pourra avancer : l'expérience me l'a démontré plus d'une fois.

Il n'en est pas de même si les branches ne doivent être opposées que diagonalement, c'est-à-dire l'une en arrière et d'un côté, l'autre en avant et du côté opposé. Il me suffira, dans ce cas, de pousser directement la branche qui doit rester en arrière sur le ligament sacro-sciatique, rien ne l'arrêtera; je puis donc me ménager plus de facilité pour l'autre en commençant par elle.

Voici comme je procède à son placement : la branche à placer, tenue comme une plume et appuyée en travers sur l'aîne opposée au côté où elle doit passer, j'insinue l'extrémité de la cuiller au-devant du ligament sacro-sciatique; puis à mesure que j'enfonce, j'abaisse le crochet et je le ramène peu à peu entre les cuisses, jusqu'à l'incliner fort bas au-dessous du niveau de l'anus : par ce mouvement, je fais décrire à l'extrémité de la cuiller un mouvement en spirale, que les doigts introduits dans le vagin dirigent et perfectionnent. Ce mouvement porte la cuiller en *même temps* en avant et en haut; il lui fait cerner la tête par un trajet oblique que représenterait une ligne étendue du ligament sacro-sciatique à la branche horizontale du pubis et tracée à l'intérieur du bassin. Ce mouvement est opéré en un clin d'œil, et il se fait sans la moindre douleur, sans le moindre froissement; il diffère beaucoup de celui qu'indique Levret, qui

la tête descend davantage, jusqu'à ce qu'enfin je les aie élevés *presque* perpendiculairement au-dessus des pubis. A cette époque, la tête doit avoir franchi le détroit inférieur et rester seulement engagée dans les parties molles extérieures. L'occiput et le front ou le menton (1) sont entièrement en dehors, suivant la région que présentait la tête, et cette portion qui paraît à l'extérieur entr'ouvre largement la vulve; le reste fait saillir le périnée et distend l'anus. Suivant Baudelocque, il faut continuer à tirer en renversant le forceps vers l'abdomen; il faut tirer d'une seule main et de l'autre soutenir le périnée. Baudelocque a-t-il pu croire qu'une seule main soutiendrait suffisamment le périnée pendant qu'on fait effort de l'autre? En suivant son précepte, la rupture de cette partie est inévitable; car le forceps augmentant le volume de la tête, écarte davantage les lèvres de la vulve, et accélérant la sortie de la tête, rend la distension bien plus forte et bien plus brusque. Dire qu'une main suffira pour achever l'extraction, n'est-ce pas dire que la tête ne tient presqu'à rien, et qu'un faible effort la fera sortir? Eh bien! ce léger effort, c'est à la mère que je le confie. Quand une fois la tête est hors des parties osseuses, elle ne rétrograde plus. J'ôte doucement les branches du forceps, je les désarticule avec la clef placée entre elles en forme de levier; je les extrais

(1) Occiput, 1re et 2e position du vertex; front, 4e et 5e; menton, positions de la face.

en les inclinant graduellement, car souvent l'extraction un peu brusquée d'une branche produit l'expulsion de la tête. Le forceps ôté, la tête achève de dilater les parties par un bref séjour; la distension est plus graduelle, et je puis d'ailleurs porter toute mon attention, toutes mes forces sur le périnée pour prévenir sa rupture. S'il le faut, je fais pousser la femme; mais la présence de la tête à la vulve l'y engage assez par les ténesmes qu'elle occasione. S'il est utile, dans les cas ordinaires, d'ôter le forceps à la fin de l'accouchement, il l'est bien plus encore quand on n'a pu saisir la tête par ses côtés, quand on l'a prise *diagonalement*. Si on voulait alors achever l'extraction avec le forceps, on ferait traverser la vulve par des diamètres défavorables, et le périnée serait plus que jamais en danger, ainsi que les nymphes, etc. (1). Au contraire, détachez le forceps au moment où la tête est engagée dans le détroit inférieur et les parties externes, et vous verrez sa rotation s'achever et sa direction devenir favorable, sans qu'il en coûte beaucoup d'efforts aux muscles abdominaux et à la matrice. Je sais bien qu'aux yeux des gens du monde, si l'accouchement ne se fait pas à la première douleur, on paraît

---

(1) Quand la vulve est un peu étroite, il n'est pas très-rare qu'une des nymphes se sépare en partie de la grande lèvre, et qu'elle forme par la suite un lambeau désagréable. Cela a lieu surtout quand la tête sort un peu oblique après une rotation incomplète.

avoir manqué l'opération ; je sais qu'ils peuvent prendre pour impéritie une sage prévoyance. Qu'en concluera-t-on ? Ne sont-ce pas les mêmes personnes qui croient tout vous devoir dans l'accouchement le plus simple, le plus facile et le plus prompt, et qui semblent vous imputer les difficultés d'un accouchement laborieux qui a exigé tout votre savoir, tout votre sang-froid et toute votre habileté ?

Voilà les généralités applicables à la plupart des cas d'emploi du forceps ; mais il est deux *circonstances* qui peuvent se rencontrer dans toutes les positions qui requièrent cet instrument, et qui doivent modifier les préceptes : je veux parler de l'élévation de la tête au-dessus du détroit supérieur, et de la sortie du tronc avant la tête.

1°. Depuis l'invention du forceps, un très-grand nombre d'accoucheurs ont conseillé, dans certains cas, son application même lorsque la tête était encore au-dessus du détroit supérieur. Smellie et Levret avaient en tout ou en partie destiné à cet usage la courbure nouvelle qu'ils donnaient au forceps ; Deleurye dit avoir plusieurs fois exécuté cette pratique, et tout récemment encore M. Lobstein a rapporté d'assez nombreuses observations (*Bulletin de la Soc. méd. d'Emul.*, septembre 1817) à l'appui de son sentiment sur cette manœuvre.

Il faut avant tout bien distinguer les cas où la tête est au-dessus du détroit abdominal de ceux où elle est déjà *engagée* dans ce détroit. Ces derniers,

un peu plus difficultueux que si la tête était dans l'excavation, n'exigent guère de soins particuliers. Mais lorsque rien n'est engagé dans l'excavation, l'application devient très-difficile et souvent dangereuse : on a bien plus de facilité alors à aller chercher les pieds, et plusieurs fois j'ai été forcée d'en venir là après avoir cherché sans succès à employer le forceps. Je ne condamne point pourtant tout à-fait son usage ; mais je crois qu'il exige beaucoup de sagacité et d'habitude. Examinons en détail ses difficultés et ses dangers.

Difficultés. On les concevra sans peine. La hauteur de la tête rend souvent le diagnostic impossible : donc on agirait en aveugle. La position étant connue, la tête libre au-dessus du bassin se dérange aisément sous la première branche et peut rendre fautive l'application de la deuxième. Cette mobilité fait encore que la tête, poussée par les branches, remonte plus haut et n'est prise que par le bout du forceps. L'application sera d'autant plus difficile que les branches arrivées à une certaine hauteur n'auront plus de guide; la main remplirait le vagin et les empêcherait de marcher convenablement, bien loin de leur être utile. La tête est trop mobile et trop haute pour leur servir de conducteur, comme quand elle est dans l'excavation. Joignez à cela la difformité du bassin, cause ordinaire de l'élévation de la tête, et qui détourne et dévie les branches du forceps.

A toutes ces causes s'en joint encore une natu-

avoir manqué l'opération ; je sais qu'ils peuvent prendre pour impéritie une sage prévoyance. Qu'en concluera-t-on ? Ne sont-ce pas les mêmes personnes qui croient tout vous devoir dans l'accouchement le plus simple, le plus facile et le plus prompt, et qui semblent vous imputer les difficultés d'un accouchement laborieux qui a exigé tout votre savoir, tout votre sang-froid et toute votre habileté ?

Voilà les généralités applicables à la plupart des cas d'emploi du forceps; mais il est deux *circonstances* qui peuvent se rencontrer dans toutes les positions qui requièrent cet instrument, et qui doivent modifier les préceptes : je veux parler de l'élévation de la tête au-dessus du détroit supérieur, et de la sortie du tronc avant la tête.

1°. Depuis l'invention du forceps, un très-grand nombre d'accoucheurs ont conseillé, dans certains cas, son application même lorsque la tête était encore au-dessus du détroit supérieur. Smellie et Levret avaient en tout ou en partie destiné à cet usage la courbure nouvelle qu'ils donnaient au forceps; Deleurye dit avoir plusieurs fois exécuté cette pratique, et tout récemment encore M. Lobstein a rapporté d'assez nombreuses observations (*Bulletin de la Soc. méd. d'Emul.*, septembre 1817) à l'appui de son sentiment sur cette manœuvre.

Il faut avant tout bien distinguer les cas où la tête est au-dessus du détroit abdominal de ceux où elle est déjà *engagée* dans ce détroit. Ces derniers,

un peu plus difficultueux que si la tête était dans l'excavation, n'exigent guère de soins particuliers. Mais lorsque rien n'est engagé dans l'excavation, l'application devient très-difficile et souvent dangereuse : on a bien plus de facilité alors à aller chercher les pieds, et plusieurs fois j'ai été forcée d'en venir là après avoir cherché sans succès à employer le forceps. Je ne condamne point pourtant tout à-fait son usage ; mais je crois qu'il exige beaucoup de sagacité et d'habitude. Examinons en détail ses difficultés et ses dangers.

Difficultés. On les concevra sans peine. La hauteur de la tête rend souvent le diagnostic impossible : donc on agirait en aveugle. La position étant connue, la tête libre au-dessus du bassin se dérange aisément sous la première branche et peut rendre fautive l'application de la deuxième. Cette mobilité fait encore que la tête, poussée par les branches, remonte plus haut et n'est prise que par le bout du forceps. L'application sera d'autant plus difficile que les branches arrivées à une certaine hauteur n'auront plus de guide; la main remplirait le vagin et les empêcherait de marcher convenablement, bien loin de leur être utile. La tête est trop mobile et trop haute pour leur servir de conducteur, comme quand elle est dans l'excavation. Joignez à cela la difformité du bassin, cause ordinaire de l'élévation de la tête, et qui détourne et dévie les branches du forceps.

A toutes ces causes s'en joint encore une natu-

relle qui doit rendre l'application du forceps irrégulière dans certains cas. Quand la tête est transversale, il faudrait, d'après les principes, qu'une branche fût en avant et l'autre en arrière : ce serait une chose absolument indispensable dans les positions transversales de la face. Eh bien ! c'est chose impossible : le périnée repousse en devant le forceps et lui donne une obliquité telle (par rapport au détroit supérieur), qu'il ne pourra laisser entre les cuillers l'espace suffisant pour contenir la plus petite tête. Il faudrait, pour cela faire, qu'il fût dirigé suivant l'axe du détroit supérieur; mais, pour lui donner cette direction, il faudrait faire reculer le périnée jusqu'au niveau du bas du sacrum. C'est cette difficulté-là sans doute qui a si souvent fait croire à l'enclavement transversal que je n'ai jamais observé. Enfin, dernière difficulté, si c'est le vertex qui se présente, on saisira la tête soit par les côtés, soit du front à l'occiput, à une époque où elle ne s'est point encore fléchie, où elle présente au bassin son diamètre occipito-frontal, et c'est dans cette direction vicieuse qu'on la forcera de descendre. Ajoutez à cela que, pour la même raison, la face se trouvant sur la même ligne horizontale que l'occiput, si on applique le forceps sur les extrémités du grand diamètre, une branche portera sur la face. Dans l'excavation, au contraire, la tête s'est fléchie, *le front* (et non toute la face) est au niveau de l'occiput, et c'est sur lui qu'agit le forceps. Si c'est la face qui s'avance même

en prenant la tête par les côtés, on la prendrait le plus souvent (positions secondaires) dans un temps où le front est encore au centre et où le diamètre occipito-mentonnier mesure encore ceux du bassin. Nous reviendrons là-dessus : c'en est assez pour le sujet qui nous occupe.

Dangers. Le premier, le plus fréquent, mais non le plus important par lui-même, c'est le glissement du forceps. Cet instrument peut glisser sur la tête dans deux sens différens, dans le sens vertical, et dans le sens horizontal. C'est dans le sens vertical que le glissement a lieu plus souvent. Il arrive toutes les fois que la tête est au-dessus de la *pleine portée* du forceps, ou qu'elle a remonté pendant l'application, de manière à n'être saisie que par le bout des cuillers : elle leur échappe aisément, et l'instrument vient seul, quelle que soit la force avec laquelle on serre ses crochets. Ce glissement est favorisé par la mollesse et la flaccidité du crâne (putréfaction). Le glissement dans le sens horizontal n'est pas rare dans les bassins difformes qui contrarient la marche des branches et empêchent de les bien opposer l'une à l'autre. La mobilité de la tête peut aussi en être cause. Le rapprochement facile des crochets indique alors que le forceps n'a rien saisi, que la tête a fui devant ou derrière les cuillers, qu'elle n'était prise que par leurs bords, et pincée par une petite partie de sa surface et dans deux points rapprochés. Il faut bien alors retirer les branches, *après les avoir dés-*

articulées (1). Ces accidens ne seraient rien par eux-mêmes; on en serait quitte pour recommencer. Mais si le forceps s'échappe pendant qu'on tire vigoureusement, l'orifice utérin et le périnée pourront fortement en souffrir. L'orifice sera bien plus exposé encore si la tête glisse devant ou derrière le forceps comme un noyau de cerise pressé entre les doigts. Les bords du forçeps portent sur lui à nu, le distendent et le coupent plus ou moins profondément, surtout si on tire sur l'instrument sans avoir séparé ses branches. La tête le pousse contre le bord de l'orifice, et en le tirant, on le fait agir comme un instrument *sciant*. Nous voyons souvent arriver à l'hospice des femmes qu'on a long-temps tourmentées avec le forceps : souvent l'orifice est fendu, sillonné, et quelquefois la lésion s'étend au col et au corps de la matrice. J'ai trouvé quelquefois l'orifice tellement tendu sur les bords du forceps quoique assez bien appliqué, que je n'ai pas osé tirer sur lui et que j'ai préféré la version. Tout cela est relatif à la mère : voyons maintenant si l'enfant n'est pas aussi plus exposé. Je ne parle pas des lésions que le forceps peut produire sur la face dans les cas incertains : mais même sur les côtés du crâne, est-il exempt de dangers? Plus on craindra le glissement et plus il faudra serrer le forceps ; plus la tête sera haute et plus les extrémités de l'instrument porteront sur la tête. C'est en

---

(1) Précaution essentielle : on en sent la raison.

dire assez pour faire comprendre que l'enfant est bien plus exposé dans ces circonstances que dans les cas simples.

Je ne tenterai donc d'appliquer le forceps sur une tête au-dessus du détroit supérieur que quand la position sera suffisamment connue, quand la tête sera peu mobile, quand elle offrira une solidité convenable, quand le bassin ne sera pas par trop difforme, et surtout qu'il ne sera point irrégulier dans sa déformation; enfin quand l'utérus, vide d'eau et serré sur l'enfant, rendra la version difficile et dangereuse. Pour appliquer le forceps dans ce cas, je suivrai toujours les règles ci-dessus tracées : la main conduira la cuiller dans l'orifice; celle-ci montera sur le côté du bassin et le plus souvent y restera placée. Les branches réunies, je lierai les crochets ensemble, et je tirerai en bas jusqu'à ce que la tête soit descendue dans le fond de l'excavation. Dès-lors je me conduirai comme dans les cas simples.

2°. Tous les accoucheurs modernes, si je ne me trompe, conseillent le forceps pour extraire la tête retenue par une cause quelconque après la sortie du tronc. Smellie semble leur avoir ouvert la marche (planche XXXV) (1), et cependant Smellie connaissait très-bien la manière de se servir des doigts en pareille circonstance (t. 1er, p. 333). J'ai plu-

(1) Les planches de Smellie sont à peu-près les seules bonnes que je connaisse en fait d'accouchement : voilà pourquoi je les cite si souvent.

sieurs fois fait l'essai du forceps après la sortie du tronc, et chaque fois sans véritable utilité. Il est difficile et de l'appliquer, et de s'en aider convenablement après l'application. Si la face est sous les pubis, l'indication est de la tourner vers le sacrum, ce que les doigts font très-bien seuls. Si la face est dans la concavité du sacrum, il est évidemment impossible de prendre la tête par les côtés en étendant la longueur des branches du *menton* à l'*occiput*. Vous avez beau faire relever le tronc, pour peu que la tête soit élevée dans le bassin, le périnée empêchera le pivot du forceps de répondre au menton, il se trouvera sous la base du crâne, et la tête avancera en présentant son diamètre occipito-frontal à l'excavation. Si la tête est encore au-dessus du détroit, le menton s'arrêtera sur l'angle sacro-vertébral, et la tête offrira au bassin son diamètre de cinq pouces, son diamètre occipito-mentonnier. Il faudrait (lors même que la tête est dans l'excavation), pour que l'instrument fût parallèle au diamètre occipito-mentonnier, repousser énormément en arrière le périnée et le coccyx : vous en prendrez une idée en consultant les planches de Smellie, de Baudelocque et de ses imitateurs. On n'évitera ce désavantage qu'autant que la tête sera très-basse et le menton prêt à se dégager; mais alors à quoi bon le forceps ? Saisissez la mâchoire inférieure, la tête sort ordinairement sans peine, et presque sans autre effort que l'élévation du tronc au-dessus des pubis : c'est la pratique que j'ai toujours suivie avec le plus grand succès.

§ III. 3e *Indication.— Changer la position.* Cette indication ne peut être remplie, suivant la masse des auteurs, que de deux manières : en ramenant le vertex, et en saisissant les pieds.

A. *Ramener le vertex.* La chose doit être considérée dans deux circonstances différentes : ou bien c'est une partie très-éloignée de la tête à laquelle on veut substituer celle-ci ; ou bien c'est la tête elle-même mal située qu'on veut rectifier.

Première circonstance. Depuis Hippocrate jusqu'à Ambroise Paré, le premier conseil de tous, dans les mauvaises positions, c'était d'amener la tête à l'orifice (*Voyez* Hippocrate, Celse, Rhodion, etc.). L'accouchement se fait naturellement par la tête : donc c'est la tête qu'il faut substituer à l'épaule, à la hanche, etc. Le raisonnement était spécieux ; je ne m'attache point à le réfuter : c'est dans les livres de Paré, de Mauriceau, de Delamotte, d'Antoine Petit, qu'il faut en chercher la réfutation (1). Dionis a voulu l'essayer, et n'a pu y réussir (p. 282). Les conseils que Mauriceau donne à

---

(1) Smellie est presque le seul des modernes qui ait employé cette pratique et qui ait réussi. Il a, dit-il, repoussé une fois l'épaule et l'autre fois le côté du thorax pour ramener le vertex (t. II, pag. 332 et 333).

Plus récemment, un soi-disant accoucheur a osé écrire qu'il avait amené la tête dans un cas où l'enfant avait présenté les pieds : le moyen dont il dit s'être servi est plus ridicule encore que le but qu'il se proposait. (PLESSMANN, *Médecine puerpérale.*)

ce sujet sont très-sages, et ses propres paroles méritent d'être transcrites.

« Les auteurs qui ont écrit des accouchemens sans les avoir jamais pratiqués, comme ont fait plusieurs médecins, recommandent tous, par un même précepte souvent réitéré, de réduire à la figure naturelle chacune des situations contre nature dans lesquelles l'enfant peut se présenter, c'est-à-dire, de le faire venir la tête la première; mais s'ils avaient eux-mêmes mis la main à l'œuvre, ils connaîtraient bien que cela est plus souvent impossible, à moins qu'on ne risquât, par l'excès de la violence qu'il faudrait faire à ce sujet, de crever la mère et l'enfant..... Toutes les fois que l'enfant se présente en mauvaise posture par telle partie du corps que ce soit, *depuis les épaules jusqu'aux pieds*, il est plus sûr et plus tôt fait de le tirer par les pieds. » (*Maladies des femmes grosses*, p. 314.)

Deuxième circonstance. Il n'en est pas de même des mauvaises positions de la tête : Smellie (t. II, p. 311) et Burton ont plusieurs fois changé la direction horizontale de la tête : par une rotation artificielle ils ont conduit la face dans le sacrum. Baudelocque a fait la même chose; Peu a réduit la face à une position du sommet; Smellie a réduit l'oreille et la face; Viardel et Rœderer veulent qu'on l'essaie toujours : tel est aussi le sentiment des modernes, et dans les ouvrages théoriques les plus récens, la chose est proposée comme peu difficile. Tous les anciens n'en ont pas ainsi jugé : « Ce n'est pas

une petite affaire pour un accoucheur que de redresser une tête, a dit Dionis. Les observations de Delamotte, Mauriceau, Portal, nous font voir qu'ils allaient en pareil cas chercher les pieds. Smellie lui-même dit que, quand une fois l'accoucheur a introduit la main dans la matrice, il doit aller au plus sûr, c'est-à-dire, prendre les pieds. Il avoue qu'il lui est bien plus souvent arrivé de ne pas réussir quand il voulait redresser la tête offrant le front, la face, la fontanelle ou l'oreille (t. 1er, p. 377). M. Dubois pense qu'on doit rarement chercher à changer la position, parce que, dit-il, fort souvent on n'est pas assez sûr de la position qu'on veut changer, et qu'on pourrait la transformer en une plus mauvaise (1). Pour moi, j'ai quelquefois réussi à changer les positions de la face ou du pariétal. (Voy. *Pos. de la face.*) Souvent aussi j'ai échoué dans mes efforts.

Exécution. Smellie dit avoir repoussé l'épaule peu à peu, lentement et en agissant dans l'intervalle des douleurs. C'est ainsi que tous les anciens voulaient qu'on opérât pour amener la tête, et quelques auteurs plus récens ont donné le même conseil pour amener les pieds à l'orifice. Cela est bon pour

---

(1) Voici comment s'exprime à ce sujet Schweighaeuser (*Archives de l'art des accouchemens*, t. II, pag. 337) : « Je n'ai d'ailleurs pas encore pu me convaincre de la facilité que quelques auteurs trouvent à changer la position de la tête en une plus favorable, avant de recourir à l'application du forceps. »

un fœtus abortif nageant dans une grande quantité d'eau. Hors cela, comme dit encore Mauriceau, ce serait chose « un peu plus difficile que de retourner une omelette dans la poële. » Mais pourquoi nous arrêter encore sur ce sujet? Répétons seulement que ce conseil d'amener le vertex n'est admissible qu'autant que c'est la tête même qui se présente dans une position plus ou moins inclinée. Je compte cinq procédés proposés pour remplir cette intention : la situation de la mère, la main ou les doigts de l'accoucheur, le levier, le forceps et le crochet aigu.

C'est, depuis Deventer, un précepte général que de détruire les *obliquités utérines* pour faciliter l'accouchement. Tantôt on n'a pour but que de ramener la direction des efforts utérins vers l'axe du bassin, et c'est ainsi que Solayrès a obtenu une fois un sucès éclatant : tantôt on se propose de changer la direction du fœtus et la position de la partie qu'il présente, et d'empêcher cette partie de se dévier davantage (Baudelocque, chap. III, art. 1er.). J'ai tiré de cette précaution l'utilité la plus évidente sous le premier rapport; jamais je n'ai rien obtenu sous le deuxième; jamais la position n'a changé, et toujours la déviation commencée a continué sa marche.

La main ou *les doigts* m'ont souvent servi à redresser la tête inclinée ou sur le dos, ou, quoique plus rarement, sur une épaule. Ma mémoire ne me fournit aucun fait dans lequel elle m'ait servi pour déterminer la rotation horizontale du crâne ou de la face. J'ai vu sortir, sans pouvoir l'empêcher, le

crâne et la face obliquement ou transversalement à la vulve.

Quant au *redressement*, je n'ai même pu l'opérer que quand la tête était au moins au niveau du détroit supérieur, et que l'utérus contenait encore de l'eau. C'est dans l'intervalle des douleurs que j'ai opéré, et j'ai opéré, non en repoussant la région la plus basse (1), mais en attirant le vertex ou l'occiput avec trois ou quatre doigts courbés sur lui. Jamais je n'ai eu l'occasion d'employer le moyen proposé, un peu à la légère, par Baudelocque; je veux dire de pousser la tête dans le bassin en appuyant sur l'hypogastre. Je n'ai jamais trouvé la tête inclinée dans ce sens-là; c'est toujours l'angle sacro-vertébral qui, dans ma pratique, a produit de pareilles inclinaisons.

Je ne dis rien du *lévier*, que je n'ai jamais employé : je ne vois pas en quoi il l'emporterait sur les doigts : ce n'est pas de la force, c'est de l'adresse et des circonstances favorables qu'il faut ici.

Autant en dirai-je du forceps, soit qu'il s'agisse de l'application d'une seule branche (*voy.* LEVRET, *Acc. laborieux*), soit qu'on les emploie toutes deux. Je n'ai jamais avec cet instrument redressé immédiatement la tête inclinée.

Il n'en est pas ainsi du forceps employé pour changer la direction dans le sens horizontal, pour

---

(1) Plusieurs auteurs ont conseillé ce procédé d'après Viardel. Il conseille de pousser en haut la mâchoire inférieure quand la face se présente; mais il avoue qu'il vaut mieux attirer l'occiput, ainsi qu'il l'a fait lui-même (pag. 112).

produire une rotation favorable. La simple application du forceps, l'articulation de ses branches, souvent même le placement d'une seule cuiller, fait rouler la tête, et change ses rapports avec le bassin. J'ai vu, pour cette raison, plus d'une fois l'accouchement marcher rapidement et se terminer spontanément après une application infructueuse du forceps. Je ne doute pas que ce ne soit de cette façon qu'une seule branche a suffi pour terminer l'accouchement dans des cas où on avait cru à l'enclavement de la tête (JANKIUS cité par Levret, *Acc. labor.*, p. 312). Il suffit souvent, dit Levret, de conduire la branche vers l'obstacle, après l'avoir introduite dans un lieu libre, pour que la tête se déclave et descende. Il semble attribuer cet effet à l'introduction de l'air dans l'utérus : nous l'attribuons bien plus vraisemblablement au déplacement horizontal des diamètres du crâne. Ajoutez à cela que le forceps dilate les parties molles, excite les sécrétions muqueuses du vagin, et stimule vivement les muscles abdominaux et l'utérus.

Le *crochet aigu* est un puissant moyen de réduction quand la mort de l'enfant permet son emploi, et qu'une connaissance exacte de la position fournit les moyens d'une application avantageuse. Dans les cas contraires, surtout s'il y a difformité du bassin, nous avons dit quelle était l'incertitude de son usage. Au reste, cet instrument si souvent mis en pratique par les anciens, l'est bien moins par les modernes, qui lui préfèrent par prudence et le forceps et la

version. Ce n'est que dans la nécessité absolue que nous nous en servons; et il faut, pour en venir là, que le forceps ou la version ne soient plus proposables. C'est ainsi que nous évitons de renouveler les cruels exemples cités par plus d'un auteur. Quoi de plus déplorable, en effet, que la naissance d'un enfant vivant déchiré et mutilé par le crochet aigu! (*Voyez* MAURICEAU, obs. 634; DELAMOTTE, obs. 219; SAVIARD, obs. 84.)

B. *Amener les pieds*. Je ne m'arrêterai pas à réfuter la manœuvre indiquée déjà plus haut, et qui consiste à repousser peu à peu les parties qu'on sent à l'orifice jusqu'à ce qu'on y ait amené les pieds de l'enfant. Je ne parlerai pas de la béquille que Burton propose dans cette vue pour repousser l'épaule (t. 1[er], p. 378). L'impossibilité de ces mouvemens est trop facile à comprendre. Je ne m'occupe maintenant que de *la version* ou *évolution artificielle* opérée en allant saisir les pieds dans le lieu où ils se trouvent. Suivons cette opération dans tout ce qu'elle offre de général; nous aurons alors peu de choses à dire quand nous décrirons chaque cas particulier.

Conditions nécessaires. 1° Il faut, pour qu'on puisse opérer avec espérance de succès, ou du moins avec une sécurité parfaite; il faut, dis-je, avant toutes choses, que l'orifice soit assez dilaté. Sa dilatation doit permettre un libre passage, non-seulement à la main, qui n'en exigerait pas un bien large, mais encore à la tête du fœtus. On est aujourd'hui bien plus réservé que les anciens sur la dilatation forcée de l'ori-

fice. Baudelocque donne pour précepte général de ne point forcer l'orifice : l'hémorrhagie seule lui semble requérir la dilatation graduelle faite par l'introduction successive des doigts. Pour moi, je tamponne le vagin, et je me garde bien d'aller tirailler, déchirer peut-être le col de l'utérus, dont les vaisseaux sont plus développés que de coutume, à cause de l'insertion du placenta. Ce précepte est donc pour moi sans restriction : il est bon pourtant de faire une remarque. Si l'utérus inerte ne peut expulser l'enfant ni faire franchir à la tête son orifice, quoiqu'il soit largement ouvert ; si, dans cet état de choses, les membranes s'ouvrent, on pourra sentir l'orifice se rétrécir et *retomber sur son centre*, parce qu'il n'est plus soutenu. Quelle différence de ce resserrement passif à la rigidité d'un orifice qui n'a pas encore été ouvert ! Ici l'orifice, bien qu'étroit et même épais, est mou, souple, facile à distendre ; il n'est point tendu, point serré ; rien ne fait effort contre lui ; il n'y a plus de poche membraneuse, et la tête n'est pas assez descendue pour le presser ; ou bien ce n'est pas la tête qui se présente, c'est une partie qui ne peut descendre, qui ne peut faire effort sur l'orifice, l'épaule, par exemple. En pareille circonstance, opérez sans crainte : dans le cas contraire, attendez. Lorsque, moins expérimentée et par conséquent plus inquiète, plus impatiente, je négligeais d'attendre un temps suffisant, je voyais souvent l'orifice menacé de rupture, je ne pouvais pas toujours l'éviter, et même, quand j'y parve-

nais à force de ménagemens, je le voyais tiraillé et amené au dehors de la vulve par la tête, au-dessous de laquelle il s'était resserré de nouveau. Quelle peine n'avais-je pas alors pour le repousser, le soutenir et le conserver intact!

2°. La deuxième condition est que la tête (quand c'est elle qui s'avance) ne soit point trop basse, et surtout qu'elle n'ait pas franchi l'orifice utérin. Quand elle n'a point en totalité franchi l'orifice, bien qu'elle soit en partie dans l'excavation, on peut souvent opérer en la repoussant au-dessus du détroit pour se faire place. Il est utile, pour cela, que la matrice contienne encore de l'eau et soit peu contractée : cependant il m'est arrivé assez souvent d'extraire par les pieds des enfans dont la tête avait été amenée dans l'excavation et déchirée par les crochets sans avoir franchi l'orifice de l'utérus; cet organe était serré sur l'enfant avec d'autant plus de force que des manœuvres mal dirigées l'avaient stimulé et irrité davantage. Mais si l'orifice est remonté et resserré sur le col de l'enfant, ce serait vouloir séparer le vagin de l'utérus et ouvrir la cavité abdominale, que de repousser la tête. Plus d'une malheureuse femme, soumise dans Paris aux tentatives de personnes peu instruites, est venue apporter à l'hospice la preuve de ce que j'avance.

3°. Enfin, une dernière condition indispensable, c'est que le bassin ne soit pas déformé au point de refuser tout passage à la *base du crâne* du fœtus, ou, à plus forte raison, à la main de l'accoucheur.

Précautions et soins préliminaires. Dans cet article, je comprends la situation de la femme, le choix de la main, etc.

1°. La situation de la femme est toujours pour nous la même, quelle que soit la position du fœtus. C'est celle que j'ai décrite à l'occasion du forceps. Les changemens prescrits par Smellie, Levret et autres dérouteraient et gêneraient plus qu'ils ne seraient utiles. D'ailleurs, la femme ne peut être bien maintenue et rester sans grande fatigue que dans cette situation. Dans cette situation seule on peut maintenir et fixer l'utérus, le protéger pendant l'évolution, corriger ses obliquités, etc. Tout le changement que j'y fais faire, c'est de recommander à la femme de s'appuyer davantage sur une fesse ou sur l'autre, pour me faciliter l'introduction de la main.

2°. Le choix de la main destinée à opérer ne paraît pas avoir occupé les anciens. Antoine Petit même nomme toujours la main droite, et je ne vois point d'accoucheur qui, avant Baudelocque, lui ait préféré la gauche.

Cette précaution, souvent fort utile, n'est pourtant pas aussi nécessaire que Baudelocque l'assure. Dans une multitude de cas, il est impossible de choisir, vu l'obscurité du diagnostic. Ira-t-on alors, si c'est la tête qui se présente, employer la main gauche, généralement moins adroite, dans l'espoir d'avoir plus probablement affaire à la première position? Mon avis est que

le choix n'est point *nécessaire* quand l'utérus est encore rempli d'eau, et que la position est douteuse. En pareil cas je conseillerais même plutôt de faire usage de la main droite, quoique, pour mon compte, l'habitude m'ait rendu l'usage de l'une aussi familier que celui de l'autre. Quand même, en pareil cas, on reconnaîtrait que l'on a affaire à la première position du vertex, par exemple, rien ne serait plus facile que de saisir les pieds avec la main droite, en forçant un peu la supination. On en trouvera des exemples dans les observations qui suivent le deuxième Mémoire.

Lorsqu'on peut et qu'on veut, et plus encore lorsqu'on doit choisir (l'utérus vide d'eau), il est de règle de porter la main qui, dans un état moyen entre la supination et la pronation, a la paume tournée vers la face antérieure du fœtus : la mère est supposée dans la situation convenable pour l'opération.

3°. Une autre précaution indiquée par Rœderer, et qui n'est pas à dédaigner, c'est de ne graisser que la face sus-palmaire de la main et des doigts, et de conserver aussi sèche que possible leur face palmaire. L'eau de l'amnios ne rend déjà que trop glissans les membres du fœtus.

4°. Enfin, l'utérus est quelquefois si mobile, qu'il rendrait par cela même fort difficile la recherche des pieds : il faut alors le maintenir avec la main libre, ou le faire fixer par des aides. Dans d'autres cas il est si serré sur l'enfant que la main ne peut y pénétrer qu'avec effort : des aides doivent encore en sou-

tenir le fond pour l'empêcher de céder à la propulsion de la main, et de se séparer d'avec le vagin; enfin les mêmes aides serviront encore à protéger, à soutenir du plat de la main la région de l'utérus ainsi tendu, que doit frotter et distendre la tête dans le moment de l'évolution.

Exécution. La main, quelle qu'elle soit, est introduite de manière à présenter sa moindre épaisseur au diamètre transversal de la vulve. Pour pénétrer dans l'utérus, on attend l'intervalle des doulèurs, afin d'éviter la roideur et le rétrécissement de l'orifice, comme aussi pour éviter la tension des membranes, qu'on a intérêt de ménager (1). Quand les membranes sont entières, Levret (*Art des Accouchemens*, pag. 139) veut qu'on ait soin de les crever sur-le-champ, et qu'on prenne garde de glisser entre elles et l'utérus. Pour moi, j'ai toujours, au contraire, trouvé un grand avantage à insinuer la main jusqu'aux pieds de l'enfant, et à n'ouvrir les membranes qu'en saisissant ces derniers. Je prends même une précaution

---

(1) Suivant M. Dubois, la douleur utérine cesse instantanément à cause de la diversion puissante que produit l'introduction de la main *dans le vagin*, et on peut, par conséquent, choisir ce moment pour commencer l'opération. La femme ne s'aperçoit pas, dit-il, de l'entrée de la main dans le vagin, occupée comme elle l'est par la douleur utérine. Il arrive aussi quelquefois qu'elle attribue, au contraire, à l'introduction de la main la douleur d'une contraction qui survient alors.

nouvelle : c'est de ne déchirer les membranes que pendant le relâchement de l'utérus, de peur que la contraction n'expulse une grande partie des eaux. En les conservant, je rends l'évolution du fœtus très-facile et tout-à-fait innocente : l'extraction en devient aussi et plus prompte et moins chanceuse.

Il est presque toujours nécessaire de repousser au côté opposé à celui où l'on passe la partie qui se présente : ce précepte n'est pas toujours facile à suivre, quand, par exemple, la matrice est serrée sur l'enfant. Néanmoins, je le regarde comme très-bon quand il est possible. Il en est un autre auquel on attache aujourd'hui beaucoup d'importance : c'est celui de suivre le côté du fœtus et d'arriver ainsi à *coup sûr* aux jambes et aux pieds. Ce conseil est presque entièrement dû aux modernes ; car, parmi nos anciens, on voit que Paré et Viardel (p. 171) se bornent à conseiller de couler la main par-dessus les fesses pour descendre aux pieds. La plupart des autres, Levret même, disent qu'il est ordinairement nécessaire de suivre la poitrine et le ventre. D'autres ont suivi le dos, et d'autres n'ont rien suivi du tout, ou bien ont, comme Dionis (p. 284), suivi le côté qui s'offrait le plus commodément à la main.

Ce conseil de suivre le côté du fœtus, puis de passer, comme Viardel, sur les fesses et les cuisses, peut être précieux dans beaucoup de cas : il ne me parait pas cependant applicable à tous sans

exclusion; souvent il est impraticable (*voyez* ci-après, article *Difficultés*); d'autres fois je le crois inutile. Ainsi, lorsque les membranes sont entières et que l'on connaît la position, on peut porter *directement* la main sur les pieds, et cela d'une manière presque infaillible. Il suffit pour cela de la porter à l'entrée de l'utérus, du côté de la face antérieure de l'enfant. Les pieds de l'enfant ne sont pas en effet fort éloignés de sa tête; son attitude recourbée les en rapproche beaucoup, et en agissant, comme je viens de le dire, on y arrive aisément. On évite donc une manœuvre longue, douloureuse et difficile, on épargne l'eau de l'amnios, et on peut plus facilement prendre les deux pieds à la fois. On m'opposera sans doute la crainte de prendre les mains au lieu des pieds: un peu d'habitude met à l'abri de cette erreur: la pratique me le confirme tous les jours. Baudelocque lui-même a sans doute souvent opéré ainsi *dans le cas où les eaux ne faisaient que de s'écouler* (§ 1317).

« Connaissant mieux la position de l'enfant, dit-il dans une note, je ne portai la main gauche qu'à la hauteur du poignet pour accrocher les pieds. » Réservons donc cette recherche lente mais assez sûre pour les cas *douteux*, et les positions équivoques pour les cas dans lesquels l'utérus est vide d'eau et médiocrement serré sur l'enfant. Je dis médiocrement, car la matrice, fortement appliquée sur l'enfant, pourrait bien la rendre impossible et forcer l'opérateur de marcher au hasard.

Doit-on amener constamment les deux pieds au-dehors avant de tenter l'extraction du fœtus ? Sans doute il est plus prudent, plus sûr, plus commode de tirer sur les deux pieds que sur un seul. Je suis loin de prétendre, avec Puzos, que la traction sur un seul pied ait des avantages réels. Je conviens même que quand la tête se présente, il est fort difficile de terminer l'accouchement en agissant sur un seul pied : les fesses agissent alors comme le nœud d'une corde quand on veut fait sortir un bouchon enfoncé dans une bouteille : elles appuient sur la tête, la font descendre avant elles et se ferment ainsi le passage. Mais on ne peut se dissimuler que dans bien des cas on se trouve forcé de tirer sur un seul membre. Toutes les fois qu'une partie autre que la tête s'offre au détroit supérieur, on peut très-bien, à mon avis, tirer sur un seul membre, et s'éviter la peine d'aller à la recherche de l'autre, pour peu qu'il soit difficile à trouver. Cet autre membre s'étend sur l'abdomen et sort avec lui : il y a long-temps que Portal en avait fait la remarque, et avait réduit son observation en précepte (p. 59).

Les pieds extraits, je tire sur eux en choisissant pour cet effort l'intervalle d'une douleur : l'évolution en est plus facile et la rupture de l'organe moins à craindre. On sait assez que ces tractions doivent être graduelles et lentes, et que les mains de l'opérateur doivent embrasser le plus de parties possibles, et saisir toujours celles qui sont plus voisines de la vulve. On sait qu'il faut agir toujours sur des

os et non sur des parties molles ; sur les malléoles, les genoux, les os du bassin, et non sur l'abdomen, etc. On sait encore qu'il faut prévenir le tiraillement du cordon en le dégageant dès qu'il paraît à la vulve (LEVRET), ou même en le coupant (BAUDELOCQUE), etc. Mais faut-il tirer davantage sur un membre que sur l'autre ? Faut-il imprimer au tronc la rotation destinée à tourner la face en dessous ?

De ces deux moyens de diriger la face, le premier me semble seul strictement indiqué. Je tire toujours sur celui qui est le plus voisin des pubis, et si je n'en ai qu'un, je tire en le tournant de ce côté. Non-seulement je fais ainsi tourner favorablement la face en dirigeant les orteils en arrière ; mais encore je fais descendre *beaucoup à la fois* le fœtus, parce que je tire dans l'axe du détroit supérieur ; car, remarquez bien qu'en tirant sur le membre placé en arrière, je serais forcée de tirer dans l'axe du détroit inférieur : je n'agirais donc pas *en ligne directe* sur la totalité du fœtus, puisque ce membre est courbé dans la concavité du sacrum. Le deuxième moyen me semble, dans presque tous les cas, difficile et dangereux. Dès que les jambes sont au dehors, je tâche de diriger convenablement les hanches ; mais dès que celles-ci sont sorties, je tire directement en bas, ou si je les fais tourner, ce n'est qu'en suivant leur tendance naturelle, en consultant, en interrogeant la nature. Toute conduite opposée est, ai je dit, diffi-

cile et dangereuse. Difficile; car, peut-on conseiller sérieusement de pousser et tirer alternativement le tronc en lui imprimant à chaque fois une légère rotation? Le fœtus est-il donc si mobile pour qu'on puisse ainsi l'enfoncer et le tirer alternativement en dépit des contractions utérines? Dangereuse; car, qu'arrivera-t-il si on parvient à imprimer de force au tronc une rotation qui tourne le sternum en bas? 1° On aura tordu la poitrine et l'abdomen, non sans danger pour leur contenu; 2° si l'utérus est contracté sur la tête, il retiendra la face en dessus (ou en avant, c'est-à-dire vers les pubis), et on aura inutilement tordu le col (1); 3° en supposant même que la face tourne, certainement le frottement retiendra les bras; ils ne tourneront pas, et l'un des deux restera derrière la tête et croisera la nuque en travers: or, on sait quelle difficulté,

(1) « Je fis faire ensuite un demi-tour au corps de l'enfant pour lui mettre la face en dessous, qu'il avait en-dessus, et je continuai de le tirer jusqu'aux épaules et jusqu'au col. Après que j'eus dégagé les bras, je tirai assez fortement et à plusieurs reprises; mais ce fut inutilement; ce qui m'obligea, suivant ma méthode ordinaire, à lui mettre mon doigt dans la bouche. J'y fus trompé, en ce qu'au lieu de la bouche je trouvai la nuque, *et que le col n'ayant pas suivi le mouvement du corps, il s'était tordu;* en sorte que la face était demeurée en haut, etc. » (Delamotte, observation 275.)

Ce serait pis encore si, d'après le conseil de Smellie, on tournait le tronc « d'un quart plus loin que l'endroit où il faut fixer la tête. » (Smellie, t. 1, pag. 326.)

quels dangers entraîne cette mauvaise situation des bras. Mais, dira-t-on, si une tendance naturelle dirige les hanches de façon que le sternum se tourne en avant, suivrez-vous cette tendance ? Oui, si elle est très-marquée, et si je présume l'utérus fortement contracté, et si l'enfant me paraît gros. Le tronc sortira ainsi sans peine, sans peine aussi je dégagerai les bras (1), et après cela il ne me sera pas très-difficile de tourner la face en arrière, comme je vais l'indiquer dans un instant.

Quant au dégagement des bras, il est de règle de commencer par celui qui est dans la concavité du sacrum, et cette règle est bonne. Il m'est arrivé cependant de trouver beaucoup plus de facilité à commencer par celui qui était sous les pubis ; je n'y suis arrivée qu'en tâtonnant : il faut quelquefois, comme on dit, prendre conseil des circonstances.

Les bras dégagés, la tête reste encore au détroit supérieur. Deux doigts introduits dans la bouche abaissent le menton, l'enfoncent le premier dans l'excavation, et font ainsi passer des diamètres fa-

---

(1) Que le sternum regarde en avant ou en arrière toujours en arrivant au détroit inférieur, les aisselles se tournent obliquement, ou bien même longitudinalement l'une en avant, l'autre en arrière. Si par hasard elles restaient latérales, le sternum étant en dessus, on pourrait, si on trouvait la manœuvre ordinaire un peu difficile, repousser le coude vers la concavité du sacrum, et faire descendre l'avant-bras le premier : tel est du moins le conseil que donne dans ses leçons le professeur Dubois.

vorables. Pour que les diamètres soient plus favorables encore, il faut que la face regarde un des côtés du bassin pour franchir le détroit supérieur, et qu'elle regarde le sacrum pour traverser l'excavation. Pour cela, 1° si la face est en avant, j'introduis dans la concavité du sacrum la main dont la paume embrasserait plus aisément l'occiput : je suppose la tête un peu diagonale. Si la face était tout-à-fait au-dessus de la symphyse pubienne, le choix de la main serait indifférent. Les doigts glissent sur un des côtés de la tête, *après avoir passé derrière elle*, et parviennent assez aisément (et plus aisément que la théorie ne semble l'indiquer) jusque dans la bouche : ils ont alors la plus grande force pour tourner la face vers un des côtés du bassin : c'est vers le côté opposé à la main introduite. Arrivés là, ils enfoncent le menton dans l'excavation, puis le tournent en arrière, et enfin le tirent au-devant du périnée pendant que l'occiput remonte derrière les pubis, et que, de l'autre main appliquée sur les épaules en forme de double crochet, j'élève la totalité du tronc, que soutient d'ailleurs un aide. Je pourrais faciliter la sortie de la tête en repoussant, d'après Smellie (tome 1, p. 330), l'occiput au haut des pubis. Je n'attache pas beaucoup d'importance à cette précaution-là, qui ne m'a guère réussi. 2°. Si la face au détroit supérieur est tournée vers un des côtés, si surtout elle regarde un peu en arrière, il est préférable d'introduire la main dont la paume pourrait

s'appliquer sur elle dans un état intermédiaire à la pronation et à la supination. On la glisse entre le col de l'enfant et le bassin de la mère, on introduit deux doigts dans la bouche, on abaisse la face, puis portant la main en dessous, on la place dans la concavité du sacrum. L'autre main s'applique naturellement et facilement sur les épaules en laissant le col de l'enfant entre l'index et le médius.

J'insiste sur le précepte d'introduire les doigts dans la bouche, non pas comme jadis Portal (p. 34) et Mauriceau, pour avoir une prise sur la tête, mais bien pour lui faire suivre les axes du bassin dans le sens de sa plus grande longueur, et empêcher le diamètre occipito-mentonnier de se mesurer avec le détroit supérieur ou l'excavation. Avec les soins que je viens de détailler, je me suis toujours très-bien passée de l'emploi du forceps, et j'attribue la nécessité où beaucoup d'accoucheurs se sont trouvés d'y recourir, je l'attribue, dis-je, à la négligence de quelqu'une de ces importantes précautions.

Difficultés. Telle est ma conduite dans les cas ordinaires. Il est des circonstances fâcheuses qui m'ont quelquefois forcée à m'écarter des règles, et quelquefois même à les oublier presque tout-à-fait. La rigidité de l'orifice et sa dilatation *médiocre*, la position basse de la tête, le resserrement de l'utérus vide d'eau, rendent toujours l'opération très-difficile. On sait que cette dernière disposition engourdit la main de l'opérateur, et l'empêche de rien sentir ou

de rien faire, et même le force de la retirer pour la reposer ou la remplacer par l'autre. Plusieurs fois j'ai rencontré une difficulté d'un genre tout particulier : c'est le resserrement exclusif de l'orifice interne ou cervico-utérin. C'est sur le col de l'enfant que le resserrement se remarque d'ordinaire : il m'a quelquefois rendu presque impossible l'accès des pieds ; il fallait attendre le relâchement de son spasme, il fallait passer du côté qui offrait le plus de liberté, et glisser la main la plus commode (1). On sent bien aussi quel risque il y aurait eu à vouloir forcer cet obstacle (si même on l'avait pu) : l'utérus n'était déjà que trop exposé à la rupture lors du passage des pieds et de l'évolution du fœtus. Je faisais alors presser fortement la région où passait la tête de l'enfant pour prévenir autant que possible une distension outrée des parois de la matrice.

On ne s'étonnera donc pas que je range de pareils faits parmi ceux où le choix de la main devient impossible, et où il devient impraticable de marcher régulièrement sur le côté du fœtus. On prend les pieds où on les trouve, et avec la main qui peut arriver jusqu'à eux après plusieurs tâtonnemens.

---

(1) Cet orifice a constamment une grande tendance à se resserrer après l'évacuation de l'eau. Quelque temps après un accouchement ordinaire, on trouve l'orifice externe mou, lâche et ouvert, ainsi que tout le col, tandis que l'orifice interne est déjà serré et étroit : de là le chatonnement du placenta, etc.

Les difficultés dont nous venons de nous occuper appartiennent à la mère : il en est qui regardent spécialement le fœtus. On les rencontre dans diverses périodes de l'accouchement.

1°. Dans les premiers momens du travail, une position inconnue peut donner de l'embarras ; mais en avançant la main dans l'utérus, on établit son diagnostic, et on agit aussitôt en conséquence.

Lorsqu'on connaît la position de la partie qui se présente à l'orifice, on peut d'ordinaire en déduire assez sûrement la direction générale du fœtus et la situation respective de ses différentes parties. Cela n'est pourtant pas sans exception ; on en voit des exemples nombreux dans les traités pratiques d'accouchement. Ainsi Delamotte (Obs. 290) et Portal (pag. 287) ont trouvé la tête appuyée par le sommet ou l'occiput sur le bras, placé en travers à l'orifice ; Peu l'a rencontrée entre les cuisses, ou bien embarrassée des deux bras (Peu, p. 389). A. Paré dit que quelquefois les jambes sont renversées sur le dos ou même sur le col. J'ai moi-même quelquefois senti la tête au-dessus de l'épaule, qui s'engageait à l'orifice : elle était probablement renversée sur le dos, et gênait beaucoup le passage de la main. Quelquefois j'ai suivi le côté de l'enfant jusqu'aux hanches, et, arrivée là, il m'a été impossible de trouver les cuisses et les jambes, et de déterminer leur situation. Plusieurs fois cette *confusion* fut spontanée, et je la trouvai au premier abord ; plus souvent encore je la rencontrai

après que des mains inexpérimentées avaient tenté la version, avaient tiraillé et déplacé les membres. C'est surtout quand cette *confusion* existe qu'il est impossible d'agir avec régularité. En vain glissez-vous la main sur une surface bien reconnue, elle ne vous conduira point au but, et vous serez bientôt dérouté. En pareil cas je cherche le passage le plus facile, et si une main ne réussit pas, j'introduis l'autre; je cherche, je tâtonne, et je n'exerce d'effort que quand j'ai saisi une partie favorable: si j'ai un pied, je l'amène, et je me conduis sur la jambe pour aller chercher l'autre, ou bien je tire sur celui-là seul, comme il a déjà été dit. Remarquez que l'introduction répétée de la main (faite avec tous les ménagemens convenables) est bien moins douloureuse qu'on ne pourrait l'imaginer: la première fois seule cause une douleur très-vive; mais quand la voie est frayée, l'introduction est de moitié moins pénible, et pour la mère et pour la sage-femme. Remarquez encore que quand cette confusion existe, l'évolution est plus que jamais dangereuse, et demande aussi plus de soins, plus de précautions que de coutume. L'attitude du fœtus est changée, et peut-être, au lieu de favoriser le *pelotonnement*, ne ferez-vous, en tirant, que déployer les membres, le rachis, la tête, etc., et, par conséquent, augmenter le diamètre de l'enfant, et distendre l'utérus d'une manière inégale.

2°. Lors même qu'on a saisi et amené les pieds,

l'évolution peut être rendue impossible, soit que la *confusion* ait préexisté, soit que l'attitude ait été naturelle. Cette difficulté est produite par la tête, qui descend dans l'excavation, poussée par les fesses du fœtus. J'en ai déjà parlé, et j'ai fait entendre que cet accident était bien plus ordinaire quand on n'avait saisi qu'un seul pied. Quand les deux pieds ont été amenés au dehors, il est fort facile de repousser la tête et de terminer l'accouchement. On a à vaincre de plus grands obstacles quand on ne tient qu'un pied; mais, avec de l'adresse, on en vient encore assez aisément à bout. Pour cela il faut ordinairement que deux personnes agissent ensemble; on ne peut guère pousser *avec force* d'une main et tirer *avec force* de l'autre : or, ces deux mouvemens en sens contraire doivent être assez énergiques, et surtout ils doivent être simultanés. Si la main qui repousse la tête gêne celle qui tire sur le pied, on applique un lacs aux malléoles.

3°. L'accouchement peut être bien plus avancé, et cependant arrêté encore par une cause nouvelle: c'est le *croisement* d'un bras derrière le col ou sous l'occiput. Si, dans une telle circonstance, on continuait des tractions vigoureuses, on amènerait la tête, mais on fracturerait le bras : cependant un bras ainsi placé est si difficile à dégager que je me suis vue plus d'une fois forcée de tirer sur la tête en le laissant dans sa mauvaise position. Je tirais avec ménagement, et je suis ordinairement

parvenue à extraire le tout sans fracture. J'avais eu soin de dégager avant le bras placé vers le sacrum (car, comme je l'ai déjà dit, c'est toujours vers les pubis qu'on observe ce *croisement*). Pour dégager l'autre, il faut qu'il passe sur l'occiput et sur le côté de la tête : or, on sent bien quelle difficulté apportent à cette opération la forme de la tête et ses rapports avec le bassin (1). C'est là le seul cas où je me sois exemptée du dégagement des deux bras. On ne craint plus aujourd'hui la strangulation (A. Paré), et on trouve, avec raison, que la tête seule est plus facile à dégager qu'accompagnée d'un bras.

Ici se borne ce que j'avais à dire de général sur les positions du fœtus. Je vais entrer maintenant dans les détails particuliers à chaque position. Celles du vertex m'occuperont d'abord. Le même plan me guidera dans les Mémoires qui vont suivre, en évitant toutefois, autant que possible, les répétitions.

---

(1) *Voyez* à ce sujet une note de l'éditeur jointe à l'observation n° 66 du premier fascicule.

IIe MÉMOIRE.

Positions du Vertex.

Sous le nom de *positions du vertex* ou *positions du sommet*, les accoucheurs modernes ne comprennent que celles de l'ovale supérieur de la tête : ils font des articles à part de celles de l'occiput et des *côtés de la tête*. L'observation journalière se prononce trop formellement contre une pareille distinction, et, quoiqu'en conservant pour les positions *franches* les dénominations de Baudelocque, je suis forcée de regarder celles de l'occiput et des côtés de la tête comme de simples variétés des premières. Je comprends donc toutes ces positions dans un seul Mémoire : on les appellera, si l'on veut, pour plus d'exactitude, *positions du crâne*, et dans ce titre on trouvera un nouvel avantage, celui d'une division simple des positions de *la tête* : première division, *positions du crâne ;* deuxième division ; *positions de la face*.

ARTICLE PREMIER.

Subdivisions.

Ce que je viens de dire indique assez que le présent Mémoire a trait au premier genre de ma classification (*Voyez* le tableau du premier Mé-

moire). Je dois donc rappeler ici la subdivision de ce genre en espèces et en variétés. J'y ajouterai quelques éclaircissemens. Les espèces sont au nombre de six, savoir : la première, la deuxième, la quatrième et la cinquième de Baudelocque ; plus deux positions transversales dont la première offre l'occiput à gauche et la deuxième à droite.

Chacune de ces positions peut être *franche* et non équivoque; elle peut être, au contraire, plus ou moins altérée, incomplète, *douteuse*. De là de nombreuses variétés applicables à chaque espèce. Ces variétés sont de deux sortes, ou bien la position est intermédiaire entre deux *positions franches du vertex*, comme quand elle est *presque* transversale, ou quand l'occiput, au lieu d'être derrière la cavité cotyloïde, se trouve derrière *un des pubis*, etc.; ou bien elle est intermédiaire au vertex et à une autre région de la tête, comme quand le front, l'occiput, le pariétal se présentent en plein au détroit supérieur. Il peut même exister inclinaison en deux sens à la fois. Ainsi la tête inclinée vers l'épaule peut encore être renversée vers le dos et offrir une suture frontale au centre du bassin. Dans tous les cas, la variété portera le nom de l'espèce dont elle se rapproche le plus, ou bien, pour abréger, elle portera quelquefois le nom de la partie même qui est la plus avancée (frontales, pariétales, etc.)

Le mécanisme de la terminaison naturelle, les indications et les procédés opératoires applicables

à chaque variété sont *presque* toujours déduits du mécanisme et des indications des positions franches auxquelles elles se rattachent, et voilà en quoi une bonne classification est surtout utile; voilà pourquoi elle me paraît nécessaire.

ARTICLE II.

Fréquence.

Aujourd'hui que le mécanisme de l'accouchement est si bien connu, on ne regarde plus comme la plus ordinaire cette position dans laquelle l'occiput répond à la symphyse pubienne : c'était la première des anciens, d'Ant. Petit même et de Solayrès. Cette position, ainsi que son opposée (occiput sur l'angle sacro-vertébral), a été conservée par Baudelocque, qui a cru la rencontrer quelquefois. S'il faut en dire mon avis, je crois que Baudelocque ne l'a conservée que par respect pour Solayrès; il a cru faire beaucoup en la reconnaissant pour très-rare, et en la plaçant la troisième dans sa nomenclature. Pour moi, je n'ai jamais touché la tête dans cette direction longitudinale *au détroit supérieur*, ni même à une certaine hauteur de l'excavation du bassin. Je n'ai trouvé cette direction qu'au détroit inférieur, et lorsque l'occiput *était venu par un mouvement horizontal* s'enfoncer dans l'arcade pubienne. Je regarde donc comme purement imaginaires la troisième et la sixième position de Baudelocque. On trouvera dans Smellie un passage qui

prouve qu'il ne partageait pas l'opinion de ses contemporains à cet égard, et que la *rotation*, si bien décrite par Solayrès, ne lui était pas inconnue (t. 1, p. 230).

Solayrès, Baudelocque et tous les modernes, s'accordent à regarder comme la plus fréquente de toutes la position du vertex dans laquelle l'occiput est en avant et à gauche (1re B.)

D'après mes calculs, sur 15,652 enfans, 14,677 ont offert l'une des régions du crâne, et de ces derniers, 11,634 avaient l'occiput en avant et à gauche du bassin, ou si on veut vers la cavité cotyloïde gauche; 2,853 avaient l'occiput en avant et à droite (2e position B.); 112 en arrière et à droite (4e position), et 78 en arrière et à gauche (5e position). On ne trouve dans ce nombre aucune position transversale; toutes ont été réunies approximativement à l'un ou à l'autre des quatre groupes précédens. Ces positions sont pourtant plus fréquentes que la 5e de Baudelocque, mais moins que la 4e.

Dans ces positions transversales on trouve aussi plus souvent l'occiput à gauche qu'à droite. Dans cette énumération, je n'ai pas non plus distingué les positions inclinées des directes; celles du front seront rapprochées plus convenablement de celles de la face; mais celles de l'occiput et des pariétaux méritent ici quelques considérations spéciales.

1°. Une partie importante du mécanisme de l'accouchement naturel, c'est la flexion de la tête au moment où elle pénètre dans l'excavation : ce mou-

vement abaisse l'occiput et le rapproche du centre? Rien de plus réel que ce fait : d'où vient donc que l'on a fait des positions particulières de l'occiput et qu'on les à regardées comme défavorables? Je sais bien que d'ordinaire c'est plutôt l'extrémité occipito-pariétale de la tête que l'occiput même qui occupe alors le centre; mais que l'occiput soit plus ou moins rapproché du centre ou même l'occupe tout-à-fait, la tête n'en offrira que des diamètres plus petits et plus favorables. Si quelquefois, l'occiput au centre du bassin, l'accouchement est long et difficile, c'est qu'une obliquité utérine a donné lieu à cette *centralité* de l'occiput, c'est qu'elle existe encore, et c'est elle qui retarde l'accouchement. La présence de l'occiput au centre du bassin ne gêne ni la rotation ni la prépulsion de la tête, ni enfin aucun des mouvemens nécessaires pour la prompte expulsion du fœtus.

2°. Les positions du côté de la tête ou de l'oreille sont décrites dans les auteurs comme complètes, et telles que le temporal occupe le centre de l'aire de l'excavation du bassin : jamais je n'ai rencontré une position semblable; mais souvent j'ai trouvé la tête inclinée et la *bosse pariétale* d'un côté au centre du détroit supérieur. Ces positions-là sont plus rares qu'aucune des positions franches du vertex; mais elles ne sont pas néanmoins excessivement rares. L'inclinaison latérale des positions 1re, 2e, 4e et 5e, est aussi beaucoup plus rare que celle des positions transversales.

ARTICLE III.

Causes.

Ceci est presqu'entièrement de pure théorie et offre fort peu de remarques pratiques. Le poids de la tète peut bien faire concevoir la fréquence de sa présentation : on pourra regarder les obliquités utérines comme favorables à la production des positions de l'occiput, du pariétal, du front. L'angle sacro-vertébral et sa saillie nous expliqueront suffisamment la rareté ou mieux la nullité de la troisième et sixième position de Baudelocque. Enfin la situation du rectum nous rendra plus explicable la fréquence de cette direction de la tête qui produit la première et la quatrième position. Mais comment expliquerons-nous la *prédilection* que le front semble avoir pour la partie postérieure du bassin ? Est-ce que le fœtus courbé sur sa partie antérieure offre vers le dos sa plus grande pesanteur, et que l'utérus incliné ordinairement en avant reçoit cette partie plus pesante sur sa paroi antérieure qui est la plus basse ? Voilà qui est bien quand la femme est debout, mais qu'elle se couche sur le dos, et l'enfant devra se retourner par son propre poids dans un sens absolument inverse. Pourquoi d'ailleurs les positions transversales sont-elles plus rares que les obliques ? Le diamètre transversal du bassin n'est-il pas le plus grand ? Les psoas *relâchés* dans les premiers temps du travail et sur-

tout avant qu'il commence, diminuent à peine ce diamètre, et leur résistance est presque nulle quand la femme est couchée et qu'elle a les cuisses fléchies. Est-ce la direction des axes du bassin qui détermine ces différences ? Comment les détermine-t-elle ? Laissons là le vague des hypothèses. Nous ne trouverons de véritable utilité que dans les choses que nos sens nous démontrent et dans les faits que l'expérience nous fait prévoir. Nous savons, par exemple, que la projection de l'angle sacro-vertébral amène souvent l'inclinaison de la tête et les positions pariétales ; nous présumons aussi qu'une obliquité du fœtus indépendante de l'utérus (Gardien, tom. II, pag. 326) peut produire le même effet, en arrêtant le sommet de la tête, soit sur la saillie vertébrale, soit sur l'un des iliums ; mais tant que cette inclinaison n'a pas eu lieu, tant que le toucher ne nous a pas appris qu'elle existe, à quoi nous servent ces présomptions ? Et, quand une fois le diagnostic est bien établi, à quoi servent encore ces causes présumées ? Le toucher nous fait reconnaître la présence du pariétal dans telle ou telle position ; l'expérience nous apprend qu'il est fort rare que la nature se suffise alors à elle-même, *quelle que soit la cause productrice de la position*, et de cela seul nous tirons des conclusions pratiques.

ARTICLE IV.

Diagnostic.

Des sutures, des fontanelles, des os, c'est-à-dire, des espaces mous séparant des espaces durs, convexes et égaux, tels sont les principaux signes de la présence du vertex. Les caractères distinctifs de chaque position sont tirés de la direction des sutures et de la situation des fontanelles : c'est chose connue. Des fontanelles, c'est ordinairement la postérieure qui est la plus accessible, c'est aussi la moins étendue ; souvent même elle n'est reconnaissable qu'à l'angle aigu de la suture lambdoïde. Il faut une certaine habitude pour bien distinguer la suture lambdoïde de la frontale : celle-ci est bien plus large et ses branches plus écartées ; mais quand l'angle de la première est caché par la tuméfaction de la peau, on ne mesure pas aussi aisément qu'on le croirait d'abord l'étroitesse de l'occipital. L'occipital est toujours un peu enfoncé sous les pariétaux ; le frontal l'est souvent aussi un peu, mais toujours moins que l'occipital ; il est d'ailleurs plus convexe, et quelquefois on peut sentir sa suture médiane. La différence des fontanelles est trop marquée quand elles sont bien accessibles pour que j'en retrace les caractères.

Si la tête est solide et le cerveau bien développé, l'enfant vivant et fort, il arrive souvent qu'on ne sent, vers la jonction des os, que *des plis sail-*

lans à la peau. Ces plis suivent le trajet des sutures, et leur formation est due au léger croisement des os du crâne. J'ai déjà dit que le frontal et l'occipital glissaient un peu sous les pariétaux ; un pariétal s'enfonce aussi un peu sous l'autre : de là résulte que les sutures ne sont plus appréciables. Cette disposition ne se rencontre que lorsque la tête est basse et poussée énergiquement par l'utérus : elle produit une légère réduction dans les diamètres du crâne.

J'en ai dit assez dans le premier Mémoire sur les difficultés du diagnostic pour m'en dispenser ici (1). Disons seulement que, dans quelques cas, il devient nécessaire d'introduire toute la main pour acquérir une certitude complète. Suivez alors le précepte de

---

(1) On a vu que la tuméfaction de la tête s'opère à trois endroits différens : au détroit supérieur, à l'orifice utérin, au détroit inférieur et à l'arcade pubienne. C'est surtout quand le détroit supérieur est un peu resserré que la tête s'y tuméfie : cela peut même arriver avant la rupture des membranes : nous en avons eu tout récemment une preuve évidente. Une femme déjà une fois accouchée, mais très-péniblement, et dont le bassin était resserré, fut opérée par la version le 22 mars 1821. La tête n'avait pu descendre ; la tumeur et l'ecchymose étaient sensibles sur le pariétal droit, ce qui indiquait que l'angle sacro-vertébral avait retenu le pariétal gauche. Dans les cas ordinaires, pareille tuméfaction a lieu sur le vertex, ou, pour préciser davantage, sur le synciput. Il n'en est pas de même de celle qui se forme à l'arcade pubienne, ou même à l'orifice utérin après rupture des membranes. (*Voyez* premier Mémoire.)

Smellie (tom. I, pag. 276). Cherchez l'oreille ou la face : ce sont des jalons infaillibles.

Rapporter les caractères des positions franches, ce serait répéter des choses rebattues. Arrêtons-nous seulement aux *inclinées latéralement*, c'est-à dire aux pariétales.

Delamotte et Mauriceau ont trouvé le côté de la tête couvrant en plein le détroit supérieur, une oreille en haut et l'autre en bas. Delamotte a senti deux fois la tête ainsi inclinée, ayant la face à droite et l'occiput à gauche (pag. 798 et 801). Mauriceau a vu deux fois *sur le cadavre* la tête renversée sur l'épaule et la face vers le pubis (obs. 149 et 251). Voilà quatre faits bien constatés : les mêmes auteurs en contiennent d'autres, mais moins clairs et moins précis. Celui de Smellie (t. II, pag. 323) offrait le vertex sur les pubis.

Je ne sais s'il faut en attribuer la cause au hasard, ou si quelqu'un de nous s'est trompé; mais *jamais une seule fois* il ne m'est tombé entre les mains un cas semblable. Dans tous les cas analogues que j'ai examinés, suivis et étudiés même avec le plus grand soin, j'ai trouvé la *bosse pariétale et non l'oreille* au centre du détroit, la suture sagittale très-rapprochée le plus souvent de l'angle sacro-vertébral, quelquefois du bord d'un des iliums : l'oreille était fort voisine ou du pubis, ou de l'ilium opposé. C'est cette oreille, c'est la suture sagittale qui m'ont surtout aidée dans le diagnostic : si quelquefois il a été difficile à établir, c'était à cause de l'élévation de la tête; si

quelquefois j'ai été un peu long-temps à fixer mes idées et à bien reconnaître l'état des choses, c'est que d'ordinaire on ne porte pas sur-le-champ ses soupçons vers ces cas rares; c'est, comme dit Delamotte, « parce qu'on ne s'en défie pas ».

J'ai dit dans quelle direction nos trois célèbres auteurs avaient trouvé la tête : pour moi, je l'ai trouvée ainsi inclinée à-peu-près dans toutes les directions des positions franches. Cependant lorsque l'angle sacro-vertébral avait arrêté le vertex, la tête était presque toujours transversale, ou bien, quoique diagonale, elle se rapprochait beaucoup de la direction transverse. Quand, au contraire, la suture sagittale s'était arrêtée vers un des iliums, la tête était diagonale et rapprochée de la direction antéro-postérieure. On en trouvera des exemples dans les observations annexées à ce Mémoire. Les autres sont beaucoup plus ordinaires, mais ils se rattachent pour la plupart à la mauvaise conformation du bassin dont nous nous occuperons par la suite.

Je dois rappeler ici ce que j'ai dit dans le premier Mémoire au sujet du diagnostic. La tuméfaction et l'ecchymose pourraient, ai-je dit, faire croire souvent que la tête s'est présentée inclinée (*Voyez* encore la note d'une des pages précédentes). C'est peut-être ce qui a plus d'une fois trompé Levret (*Accouchemens laborieux*), qui ne connaissait qu'imparfaitement le mécanisme de l'accouchement naturel. Cette méprise, on pourrait la commettre pendant le travail même, en négligeant,

lors du toucher, la précaution que j'ai indiquée dans le même Mémoire. Si on ne baisse pas suffisamment le poignet, si on ne dirige pas le doigt d'arrière en avant et dans l'axe du détroit supérieur, il est certain que le doigt ira heurter directement un des pariétaux. Remarquez bien que *la tête, qui s'engage directement dans le détroit supérieur, est inclinée par rapport au détroit inférieur, autant que l'axe d'un détroit est incliné par rapport à celui de l'autre.* La tête s'enfonce dans la même direction jusque vers le bas de l'excavation, et alors le doigt, porté suivant l'*axe du détroit inférieur*, trouvera plus distinctement encore le pariétal au centre, la suture sagittale vers la concavité du sacrum, ou plutôt vers un des ligamens sciatiques. Ce n'est point là le fait dont je viens de parler tout à l'heure : dans celui-là vous aurez beau porter le poignet en arrière et la pointe du doigt en avant, vous trouverez toujours la bosse pariétale au centre, parce qu'elle y est réellement.

ARTICLE V.

Mécanisme.

§ Ier. *Positions franches.* Rien de plus connu maintenant que le mécanisme de l'accouchement naturel : c'est dans Solayrès et Baudelocque qu'il faut chercher des détails sur sa théorie (1) : arrê-

(1) Une chose sur laquelle on insiste beaucoup et avec

tons-nous seulement à quelques considérations pratiques.

A. La première a trait à toutes les positions du vertex : c'est que la rotation horizontale qui ramène dans le sens antéro-postérieur le grand diamètre auparavant oblique ; cette rotation, dis-je, s'opère plus ou moins haut dans le bassin. Jamais pourtant elle ne s'opère assez haut pour que l'occiput ne soit pas au niveau de l'arcade pubienne, ou le front au milieu de la symphyse (4e et 5e p.) ; mais quelquefois l'occiput est à peine derrière un des trous sous-pubiens, que la rotation a lieu et qu'il entre dans l'arcade ; d'autres fois la tête est tout au bas du bassin et dans le détroit inférieur quand ce mouvement s'opère ; quelquefois même la tête a franchi le détroit inférieur ; elle n'est plus contenue que par le périnée et la vulve, et pourtant la suture sagittale est encore diagonale : tout-à-coup elle

---

raison, c'est que l'enfant sort non par le *bas* mais par le *devant* de l'excavation. La vulve est dirigée en avant, dit-on. Les commençans conçoivent difficilement la vulve ainsi dirigée : qu'ils se rappellent que dans les derniers temps du travail, le périnée, élargi, distendu, est fortement poussé en bas : c'est là ce qui donne à la vulve la direction susdite. Le périnée représente une grosse tumeur arrondie ; la vulve représente une fente pratiquée sur la face *antérieure* de cette tumeur ; elle regarde alors en avant et un peu en bas, justement dans la direction de l'axe du détroit inférieur et de l'arcade pubienne. (*Voyez*, pour cela, la planche que Levret a sur-ajoutée à son *Art des accouchemens.*)

roule sur son axe, l'occiput fait saillie hors de la vulve, et le reste sort un instant après.

Dans le premier cas, la sortie totale se fait quelquefois long-temps attendre après la rotation ; la tête rentre et sort à chaque douleur, et le périnée n'est presque pas distendu dans l'intervalle; dans le deuxième, la sortie est presqu'instantanée, et le périnée était déjà fort distendu même avant la rotation : aussi la tête ne rétrograde plus, car on sait qu'elle ne rétrograde ainsi sous l'influence de l'élasticité des parties extérieures qu'autant qu'elle n'a pas franchi le détroit inférieur du bassin, ou, pour parler avec plus de précision, les tubérosités sciatiques.

On rencontre quelquefois des cas plus irréguliers; on voit quelquefois la tête sortir obliquement dirigée, et franchir la vulve sans avoir subi aucune rotation horizontale, telle enfin qu'elle était dans l'excavation pelvienne. Elle sort plus difficilement, mais elle sort. Solayrès avait déjà fait cette remarque; je n'ai point vu comme lui que cela fût plus fréquent quand le front est à gauche et en arrière, que quand il est à droite: je pencherais plutôt même vers l'opinion contraire.

J'ai été trois à quatre fois témoin de faits plus étonnans encore : j'ai vu la tête sortir transversale, le front vers une des lèvres de la vulve, et l'occiput vers l'autre. Dans ce cas-là l'occiput se dégage le premier, puis le front se dégage par un mouvement d'extension analogue à celui du mécanisme

ordinaire. Tous deux passent immédiatement au devant des tubérosités sciatiques, comme font les bosses pariétales dans le mécanisme ordinaire. (*Voyez*, pour plus de détails, les observations qui suivent.)

B. La deuxième considération a rapport aux positions dans lesquelles le front est vers un des pubis ou une des éminences ilio-pectinées (*face en dessus*), et aux positions transversales.

Elles sont quelquefois susceptibles de permutations spontanées par un mouvement de rotation extraordinaire. Ce mouvement ramène le front en arrière, et réduit ces positions à l'une des deux premières du vertex. C'est ainsi que la quatrième et la deuxième transversales se réduisent à la deuxième franche, et que la cinquième et la première transversales se réduisent à la première franche. Ce mouvement fait même partie essentielle du mécanisme naturel et favorable des positions transversales, car il est rare et fâcheux qu'elles roulent le front en avant, et bien plus rare encore qu'elles restent transversales jusqu'à la fin de l'accouchement (1).

§ II. *Positions inclinées*. Je parlerai ailleurs des

---

(1) Je ne dis rien du mécanisme des positions directes intermédiaires aux six cardinales dont je viens de parler; leur rotation est plus ou moins considérable, suivant qu'elles se rapprochent plus ou moins du sens antéro-postérieur ou du transversal.

positions du front. Celles de l'occipût n'ont rien de particulier ; la rotation (deuxième mouvement) est la même ; la flexion (premier) est seulement un peu forcée, et, par conséquent, l'extension (troisième) doit être un peu plus considérable : du reste, ce sont les mêmes diamètres que quand la fontanelle postérieure est au centre. Il n'en est pas ainsi des positions du pariétal. Si aucune cause (obliquité utérine, etc.) ne tend à augmenter ou à reproduire l'inclinaison latérale de la tête, si le bassin est bien ouvert et le fœtus bien conformé, on verra souvent, à mesure que la tête pénétrera dans le bassin, le vertex se rapprocher du centre et la tête se redresser peu à peu (1) (Smellie, tom. II, pag. 323). Si le contraire a lieu, ou si l'utérus, fatigué, cesse de se contracter avec force, alors souvent l'accouchement spontané devient impossible et requiert les secours de l'art. Ces deux faits sont également vrais, soit que la tête se soit ren-

(1) Le 3 novembre 1820, au moment ou j'écrivais cet article, un cas de cette espèce s'est offert à la maison d'accouchement. La tête est restée long-temps au détroit supérieur, la suture sagittale appuyée sur le bord mousse de l'ilium droit et sur la partie voisine du sacrum, le pariétal gauche dans la fosse iliaque droite, le pariétal droit répondant à l'ouverture de l'excavation ; la tête était en outre un peu renversée vers le dos, en sorte que le milieu de la suture *frontale* droite occupait le centre du détroit supérieur, comme le prouva la tuméfaction et l'ecchymose de la peau qui recouvre cette partie du crâne : c'était une 4e position (B.) doublement

versée sur la saillie sacro-vertébrale, soit qu'elle l'ait fait sur le bord d'un des iliums. Nous l'avons pourtant vu descendre quoiqu'inclinée et opérer sa rotation, puis sortir de la vulve précédée d'une bosse pariétale.

ARTICLE VI.

Pronostic.

§ I[er]. Le pronostic se tire ou des positions en elles-mêmes, ou des complications, des accidens, etc. Tout cela sera traité à part; mais il me paraît utile de consacrer ici quelques mots à l'enclavement et à l'inertie.

A. Il est fort ordinaire de voir la tête s'arrêter dans sa marche et suspendre ses progrès, ou même rester indéfiniment immobile. La plupart des accoucheurs regardent l'enclavement comme la cause ordinaire de cet accident. Qu'est-ce donc que cet enclavement? est-ce un état tel, *que la tête, serrée par deux points diamétralement opposés, ne puisse plus ni remonter à moins d'un violent effort, ni s'enfoncer davantage, ni tourner à droite ou à gauche?*

---

inclinée. La dilatation était complète et les eaux écoulées depuis plusieurs heures. Enfin, vingt-quatre heures après le commencement du travail, la tête descendit dans l'excavation du bassin après s'être complètement redressée et réduite à une 4[e] franche du vertex. L'inertie de l'utérus et l'épuisement de la femme me forcèrent d'appliquer le forceps: la chose fut simple et facile; l'enfant était mort: c'était une deuxième grossesse.

Je n'ai jamais vu un pareil enclavement, à moins que le bassin ne fût très-étroit, ou l'enfant hydrocéphale. On peut prendre une idée du premier cas dans les planches de Smellie. Mais, avec un bassin bien fait, avec une tête bien conformée, quelles que fussent sa grosseur et sa position, je n'ai pas vu une seule fois pareil enclavement. Appelez-vous enclavement cet état dans lequel la tête offre au bassin *des diamètres plus grands que les siens, et ne peut y pénétrer plus avant?* La chose est bien différente : encore est-elle rare dans les positions directes ; elle ne se voit guère que dans les positions où la flexion de la tête ou sa rotation sont rendues difficiles par une cause ou par l'autre : mais je l'ai vue quelquefois quand le front s'avançait le premier, et que le diamètre occipito-mentonnier mesurait l'excavation ou le détroit supérieur : j'avais alors un bon moyen d'y remédier, et ce moyen prouvait assez que la tête était mobile et non *enclouée* ou *enclavée* dans le bassin.

B. Dans les trois quarts des cas, je suis sûre qu'on a pris pour enclavement l'*inertie* de l'utérus. Plus de douleurs, plus de progrès. Les *douleurs de reins*, généralement si peu efficaces, et la suspension des douleurs se voient avec les positions les plus favorables et dans les circonstances les plus avantageuses. On voit au contraire de bonnes douleurs faire marcher rapidement la tête, quoique mal disposée. On voit avec une position quelconque le travail rester long-temps stationnaire, puis tout-à-coup

reprendre de l'énergie, et chasser le fœtus. Dans toutes ces circonstances, il faut bien convenir que l'inertie est indépendante de la position. Je ne veux pas nier que certaines positions (face en dessus) ne demandent plus d'efforts, ne fatiguent davantage la matrice, et n'amènent quelquefois l'inertie; mon but est seulement d'avertir les élèves de ne point attribuer à la position, ni à l'enclavement, ni à la conformation du bassin, tout retard qui survient dans le travail, à ne pas désespérer trop tôt des ressources de la nature, et à ne pas recourir trop tôt à des moyens violens. Plus d'une fois j'ai entendu accuser de la lenteur du travail une 4ᵉ et une 5ᵉ position; j'ai entendu prononcer le mot d'enclavement; j'ai vu même approcher le forceps, et tout-à-coup l'inertie cessait, et l'enfant s'échappait avec rapidité. Voyez même les exemples d'enclavemens donnés par les meilleurs auteurs; vous y trouverez qu'on a pu porter les doigts jusqu'à l'occipital, jusqu'au col de l'enfant, même jusqu'à l'épaule. (*Voyez* LEVRET, *suite des accouchemens laborieux*, 30ᵉ, 31ᵉ et 32ᵉ observations.)

§ II. Les positions du vertex sont généralement regardées comme les plus favorables : cela est vrai jusqu'à un certain point. Dans les cas les plus simples, la rupture du périnée est à-peu-près la seule chose qu'on puisse craindre. Il n'est pas toujours facile de l'éviter, surtout dans un premier accouchement : la vulve est d'ordinaire si étroite, qu'on a peine à concevoir comment elle pourra parvenir à

se dilater convenablement. Ce n'est pas sur le *déploiement* des nymphes qu'il faut compter; c'est tout au plus sur leur *allongement*. En effet, examinez-les pendant le cours du travail, pendant que la tête sort et aussitôt après que l'enfant est né, vous les verrez plus ou moins tiraillées, allongées, mais jamais développées et déployées comme les lèvres de la vulve.

A. Les positions où la face est rapprochée du pubis passent pour fâcheuses, et sinon très-dangereuses, au moins fort désagréables et fort pénibles (MAURICEAU, *Aphor.* 183.) Cependant, suivant Ant. Petit, elles n'ont rien de bien fâcheux, et l'accouchement n'en est qu'un peu plus long. On ne peut nier que dans ces cas l'accouchement spontané ne soit très-possible; des multitudes d'exemples le prouvent tous les jours; mais le simple raisonnement nous indique assez quelles nombreuses sources de difficultés découlent d'une semblable position. La station du front derrière les pubis après une rotation que la largeur des surfaces rend difficile; la nécessité d'un violent abaissement de l'occiput, d'une flexion outrée de la tête, de l'engagement des épaules dans le détroit supérieur; la brièveté du levier sur lequel agit le rachis; enfin, le double mouvement d'arc de cercle nécessaire d'abord pour le dégagement de l'occiput, puis pour celui du front, dégagemens dont le premier ne s'opère que par la présentation de *tout* le diamètre occipito-frontal à la vulve; tout

cela doit rendre l'accouchement souvent long et toujours pénible. Si l'inertie (1) survient, soit sans cause connue, soit par la lassitude de l'utérus, épuisé contre tant d'obstacles; si les efforts d'une main instruite ne viennent pas remplacer ceux de la nature, la tête comprime les parties voisines et de là des rétentions d'urine, des escarres, des fistules urinaires ou stercorales. Dans des cas moins graves, cette compression occasione un boursoufflement de la muqueuse du vagin, et peut-être de la vessie. Il en résulte une pesanteur fort incommode, qui se dissipe avec le temps; mais elle inquiète les femmes et embarrasse les personnes peu expérimentées : un des signes principaux qui la distinguent, c'est le soulagement que produit une pression légère : il suffit de soutenir du doigt la paroi antérieure du vagin pour la faire disparaître momentanément. Les malades elles-mêmes se soulagent en soutenant de la main les parties génitales (2).

---

(1) Presque jamais, les douleurs se soutenant avec le caractère des douleurs *valables*, il n'est devenu nécessaire de recourir à l'accouchement artificiel.

(2) Ce boursoufflement ne doit point être confondu avec celui de la membrane muqueuse du méat urinaire. Bien des femmes, en effet, sont affectées d'ardeur d'urine, de pesanteur et de douleur vers le devant de l'orifice du vagin, et en recherchant la cause de ces accidens, on y trouve une tumeur circonscrite, mollasse, rouge et très-sensible. Cette tumeur dans le principe est fort petite; elle semble n'être autre chose qu'un prolapsus de la membrane interne de l'urètre, et on

'est aussi dans ces accouchemens que la rupture u périnée et même de la cloison recto-vaginale est lus à craindre, à cause de la difficulté du mouvement d'arc de cercle (flexion outrée), et de la randeur du diamètre qui mesure le détroit inféieur. A part même tous ces inconvéniens, on sait ien que ce n'est pas sans danger que le travail se rolonge, que la femme se fatigue et s'épuise, et ue l'enfant reste comprimé et péniblement fléchi. Conclusion, si les uns ont trop exagéré les dangers

---

eut même la faire rentrer dans le canal, sinon en totalité, u moins en partie; mais ce prolapsus est fort enflammé, ort sensible à l'application des corps extérieurs, au passage e l'urine, etc. Peu à peu la tumeur s'accroît, elle fait des rogrès, surtout vers la partie postérieure du méat urinaire, n sorte qu'elle est toujours cachée par les nymphes et les randes lèvres, et qu'on ne l'aperçoit qu'en ouvrant la vulve; lle s'arrondit, prend une apparence fongueuse et devient un eu moins sensible; elle conserve toujours une rougeur trèsive; quelquefois elle paraît comme pédiculée, mais son péicule est toujours large et épais. Quoique cette tumeur fasse es progrès assez rapides, je ne l'ai jamais vue acquérir plus e grosseur que le bout du pouce; elle gêne alors l'excrétion e l'urine et même la progression.

Il est étonnant que les auteurs n'aient* point parlé de ette affection; elle n'est pourtant pas très-rare et les inommodités qu'elle occasione sont toujours assez graves pour

* MORGAGNI est le seul, à moi connu, qui en fasse mention : encore en dit-il que quelques mots, et la considère-t-il comme un simple rolapsus. (*Epist.* L, n° 51. — LVI, n° 21. — LXX, n° 10.) *Note de éditeur.*

de ces positions, d'autres n'en ont pas assez tenu compte.

B. Les positions transversales sont mauvaises, suivant Levret, parce qu'il croit les épaules retenues par les pubis et le sacrum (*Accouchemens laborieux*, page 143). Suivant Burton, elles rendent l'accouchement long et difficile (t. 1, p. 192). Ant. Petit, au contraire, loin d'y trouver rien de fâcheux, les regarde comme très-bonnes (t. 1, p. 384). Un juste milieu est souvent le parti le plus sage, et

---

forcer les malades à consulter les gens de l'art. M. Dubois et M. Cullerier ont rencontré comme moi cette affection chez des sujets nullement entachés du virus syphilitique, et chez des sujets d'âge très-différent; mais jamais, que je sache, avant la puberté : en somme, elle n'a pas, comme l'affection qui nous occupe, de rapport avec l'état de couches, et existe ordinairement sans que rien l'y rattache. MM. Cullerier et Dubois ont employé la cautérisation avec le fer rouge, et ils assurent en avoir obtenu de fréquens succès. M. Dubois se contente, pour son opération, de tenir les parties environnantes écartées au moyen de l'anneau d'une pince à pansement, à travers lequel il porte son cautère. J'ai vu une vieille femme chez laquelle cette opération a produit beaucoup d'inflammation et de douleur; et après la chute de l'escarre, la tumeur est revenue plus grosse qu'auparavant. Je lui ai fait faire des lotions astringentes; le mal a cessé de croître, et je ne sais ce que cela est devenu : c'est le sulfate de zinc que j'avais employé. La ligature réussirait sans doute si la tumeur était pédiculée, les émolliens ne font rien du tout, et les astringens ne sont que palliatifs, au moins quand les choses sont portées à un certain degré.

c'est, comme tout-à-l'heure, celui dont je fais choix. Je ne puis regarder ces positions comme meilleures que la 1re et la 2e de Baudelocque. Mais je ne les crois pas plus, ni même aussi fâcheuses, que la 4e et la 5e.

C. Quant aux positions du pariétal, tous les praticiens s'accordent sur leur fâcheux caractère. Peut-être pourtant quelques auteurs (surtout avant l'invention du forceps) ont-ils dépassé les bornes de la prudence dans les conseils qu'ils ont donnés, et même dans la conduite qu'ils ont tenue dans ces circonstances : c'est ce que nous verrons dans un instant.

Ce qui empêche alors la tête d'avancer, c'est : 1° le diamètre occipito-frontal, qui, loin d'être rapproché de l'*axe* du détroit supérieur, mesure au contraire un *diamètre* de ce détroit ; et 2° la difficulté de la rotation horizontale, en supposant que la tête parvînt à pénétrer ainsi inclinée dans l'excavation.

Non-seulement elles nuisent à la mère en prolongeant indéfiniment le travail ; mais encore au fœtus, et par la longueur de ce même travail, et par l'attitude gênante à laquelle elles le réduisent.

ARTICLE VII.

Indications et procédés opératoires.

Pour ce qui regarde les généralités de ce double article, on peut consulter le Mémoire précédent :

je m'y suis amplement expliquée. Il ne doit être question maintenant que de l'application des préceptes généraux aux divers cas relatifs à la présentation du vertex, et je n'ai presque à indiquer que les *modifications* des procédés opératoires pour les cas particuliers.

§ Ier. *Indications*. Elles se réduisent toujours à trois : laisser faire la nature, l'aider dans sa marche, et changer ses dispositions.

A. Laisser agir la nature : telle est l'indication offerte par les *deux premières positions*, quand il ne survient aucune complication, aucun accident. Mais si l'inertie survient, si des convulsions, une hémorrhagie, etc., se déclarent, on est bien forcé d'employer le forceps ou la version du fœtus.

B. Les *quatrième et cinquième* (B.) n'offrant pas les mêmes avantages, mettent bien plus souvent dans cette nécessité. Quand le travail marche avec rapidité, on peut bien abandonner tout à la nature ; mais quand il y a inertie de l'utérus ou épuisement des forces de la femme, il faut que la sage-femme supplée à l'insuffisance des organes. Les indications sont alors variables suivant la période où est parvenu le travail, et l'opération doit varier comme elles.

Premier cas. Les forces ne sont pas tout-à-fait épuisées ; la tête s'engage dans l'excavation ; l'utérus est peu contracté et contient encore de l'eau ; la tête se rapproche de la direction transversale. C'est

là le cas, ou jamais, de tâcher de produire la rotation et de réduire la position à la première ou à la deuxième du vertex.

Deuxième cas. La tête, plus basse, a franchi l'orifice utérin, le front est presqu'en avant, l'utérus est vide d'eau, l'enfant est vivant : c'est ici que convient le forceps.

Troisième cas. La tête est très-haute, l'enfant vivant, l'utérus inerte, mais plus ou moins rempli d'eau : la version est alors le meilleur moyen.

Quatrième cas. La tête est haute et ne descend pas, l'utérus vide d'eau et fortement contracté. On essaiera du forceps; mais l'enfant est mort, la tête molle ; le forceps glisse et vient seul : il faudra recourir aux crochets, au perce-crâne, etc.

Notez que, dans toutes les circonstances, je suppose toujours l'orifice utérin suffisamment dilaté. Que faire quand il ne l'est pas ? attendre.

C. Les positions transversales indiquent plus positivement encore que la quatrième et la cinquième, de tenter la réduction à l'une des deux premières : c'est le forceps qui peut seul opérer cette rotation, et il achèvera l'extraction. On a, dans ce cas, bien moins de chemin à faire parcourir à la tête pour une réduction complète. Remarquez même qu'il serait imprudent de tenter cette réduction dans la quatrième ou cinquième position, si le front est derrière un des pubis, c'est-à-dire fort en avant. Pour peu que l'utérus soit alors contracté, le tronc resterait immobile pendant qu'on ferait faire un

demi-tour (1) entier à la tête ; le col en serait nécessairement tordu et grièvement lésé.

Ces positions transversales se réduisent au reste fort souvent seules, et la sage-femme est simple spectatrice du phénomène.

D. Je parlerai ailleurs du front : parlons ici seulement du pariétal. Les auteurs se sont partagés sur les indications qu'offrait à remplir la présentation du côté de la tête. Suivant Mesnard, il faut toujours se hâter d'agir ; s'il est trop tard pour aller prendre les pieds, il faut tirer la tête avec les tenailles, ou bien perforer le crâne et employer le crochet (page 277). Levret veut qu'on tente sur-le-champ la version (suite des *Acc. labor.*, pag. 16.). C'est aussi l'avis de Delamotte (obs. 268), qui s'est vu plusieurs fois (obs. 269 et 270) forcé d'ouvrir le crâne ; et dans tous les cas que Mauriceau rapporte de ces positions, on voit qu'il a renversé l'enfant (observ. 39.), ou qu'il l'a tiré avec le crochet (obs. 38.), ou qu'il l'a extrait par la section du cadavre de la mère (obs. 149 et 202). Smellie, au contraire, soutient que, si l'enfant n'est pas trop gros, la tête peut se redresser spontanément, et il conseille de la repousser et de la redresser avec la main (tom. II, pag. 323.). Sans nous laisser influencer par l'une ou l'autre de ces opinions dont le

(1) Le front, d'abord ramené vers une des symphyses sacro-iliaques, sera bientôt conduit dans la courbure du sacrum pour exécuter la rotation ordinaire des deux premières positions.

conflit ne peut qu'embarrasser, parlons d'après l'expérience. Elle nous apprendra que bon nombre de ces positions pariétales n'ont pas empêché l'accouchement d'avoir lieu sans secours étrangers; quelques-uns ont été plus longs, il est vrai. Ce n'est guère que dans l'excavation du bassin que le redressement s'opère; mais, une fois opéré, il laisse les choses dans l'état où elles seraient après une position directe. D'un autre côté, nous verrons que de telles positions sont souvent un obstacle invincible si l'art n'y remédie. Tentera-t-on alors de repousser et de redresser la tête? Je n'y ai jamais réussi qu'involontairement, c'est-à-dire en *essayant* l'application du forceps ou la version. Dans ces cas là le renversement n'était pas considérable, le bassin était bien conformé; mais toutes les fois que les dispositions contraires existaient, mes efforts ont été vains : c'est là l'idée qu'on doit se faire de ce que j'ai dit à ce sujet dans le premier Mémoire. Je crois très-fort que, si Smellie a eu du succès, c'était également dans un cas d'inclinaison légère comme l'observation quatrième de Mauriceau, et où la nature aurait seule vaincu la difficulté. Le forceps bien appliqué n'a même jamais, entre mes mains, produit ce redressement que fort près du détroit inférieur, et quelquefois pas du tout. Bref, si la mère ne peut se débarrasser elle-même, la version ou le forceps me semblent seuls requis. Exceptons-en pourtant les cas où le fœtus a indubitablement perdu la vie, où l'utérus est contracté, la tête molle et élevée, etc.

Les crochets et le perce-crâne deviennent alors utiles et même nécessaires.

§ II. *Procédés opératoires.* Après avoir considéré les indications présentées par les diverses circonstances de chaque position du vertex, voyons en détail les moyens de les remplir.

Première indication. Celle de laisser aller les choses ne doit plus nous occuper ; les précautions qu'elle demande ont été détaillées ailleurs. Nous rappelons pourtant l'attention du lecteur sur la nécessité de soutenir vigoureusement le périnée quand la face est en avant ou, comme on dit, *en dessus*, et quand la tête sort offrant transversalement ou diagonalement à la vulve ses grands diamètres.

Deuxième indication. Celle d'aider veut qu'on agisse tantôt sur la mère et tantôt sur l'enfant (*Voyez* premier Mémoire). Sur ce dernier on agit différemment s'il est vivant ou s'il est mort (1°. forceps, 2°. perce-crâne et crochet).

A. Quant au forceps, les règles générales ont fait l'objet d'un article étendu du premier Mémoire : restent les considérations particulières.

J'insisterai peu sur les détails ; ils sont amplement expliqués dans le meilleur de nos ouvrages théoriques, celui de Baudelocque (1). Avertir de placer toujours les branches sur les côtés de la tête,

---

(1) *Voyez* d'ailleurs, pour ces mêmes détails, les Observations particulières ; *voyez* surtout les premiers numéros des accouchemens terminés par l'application du forceps.

et de telle manière *que le bord concave regarde la partie de la tête qui doit sortir immédiatement sous l'arcade pubienne*, enfin d'introduire d'abord la plus difficultueuse, c'est-à-dire celle qui doit être en avant du bassin, n'est-ce pas avoir tout dit pour les positions directes? Voulez-vous ramener l'occiput en avant sous l'arcade pubienne, que toujours la concavité des bords regarde l'occiput; que cette concavité regarde en avant et à gauche du bassin dans la première position, en avant et à droite dans la deuxième, tout-à-fait à droite dans la première transversale et à gauche dans la deuxième transversale. Suivant l'idée de Smellie (t. 1, p. 287), il faudrait qu'elle regardât encore vers l'occiput, et par conséquent un peu en arrière dans la quatrième et la cinquième. Tous les modernes tournent en pareil cas la concavité vers le front, et par conséquent vers le devant du bassin : c'est alors le front qu'on fait rouler derrière les pubis.

Est-il toujours bien facile de suivre ces préceptes à la lettre? Oui, pour la première et la deuxième, quand le bassin est bien fait et qu'elles sont dans la deuxième période, c'est-à-dire que la tête occupe l'excavation du bassin. La chose est encore facile quand on prend pour la quatrième et la cinquième le deuxième parti que nous avons proposé tout-à-l'heure. La même facilité n'a pas toujours lieu pour les positions transversales, même dans l'excavation, et, à plus forte raison, au détroit supérieur. Au détroit supérieur, il est souvent fort difficile de

parvenir à saisir la tête par ses côtés, même quand elle est diagonale. A une telle hauteur, l'excavation force l'instrument à *accommoder sa courbure à la sienne ;* la courbure des axes du bassin empêche le forceps de s'enfoncer si les branches ne sont pas latéralement introduites ; à chaque instant cette courbure ramène chaque branche à la situation latérale, et quand on veut les articuler, on les voit se rejeter chacune vers un côté du bassin, alors même qu'on était parvenu à les placer convenablement sur la tête. Que résulte-t-il de là ? que la tête se trouve saisie du front à l'occiput dans les positions transversales, et d'un frontal à la région mastoïdienne opposée dans les diagonales. Je dis du front à l'occiput, d'un frontal à la région, etc., car ce n'est pas sur la face que le forceps agit alors ; la tête, dans les positions directes, étant dès les premiers momens un peu fléchie, l'occiput est plus bas que la face, et *le front seul* se trouve à-peu-près à son niveau (1). Quand on s'obstine à placer le forceps diagonalement, on a souvent beaucoup de facilité à placer la première branche ; mais la deuxième ne peut plus tourner ou même

(1) En voici une preuve récente. Dans le mois de mars 1821, j'ai appliqué le forceps pour terminer un travail qui durait depuis plus de huit jours : la tête s'offrait dans la deuxième position, elle n'était qu'engagée dans le détroit, l'excavation était libre ; les cuillers furent placées latéralement et serrées avec un cordon ; l'extraction se fit avec un peu de

s'enfoncer. Si on a commencé par celle qui doit rester en arrière, l'autre ne pourra s'avancer jusque vis-à-vis l'éminence ilio-pectinée ; il n'y a pas de place pour elle entre le bassin et la tête, que pousse en avant la première branche. Si on a commencé par celle qui doit rester en avant, on a repoussé la tête en arrière, et il n'y a plus de place que sur le côté du bassin : laisserez-vous là cette branche ? articulerez-vous le forceps en maintenant fortement la première introduite ? vous aurez mal saisi la tête, vous la tiendrez avec les bords convexes des cuillers, et les bords concaves déchireront l'orifice de l'utérus. Vous vous en apercevrez bientôt : d'abord vos crochets se rapprocheront à un degré qui vous indiquera le peu de volume de la partie saisie par les cuillers ; ce rapprochement ne se fera qu'avec des douleurs excessives dans les organes de la mère. Si vous tirez, le forceps glissera davantage, et, en descendant sous la tête, fendra complètement l'orifice. Tout cela m'a souvent déterminé à appliquer hardiment le forceps sur les côtés du bassin quand la tête était très-haute. Ce n'est que quand la tête tend à se renverser sur le

---

peine ; au bas de l'excavation j'ôtai le forceps, et la rotation s'opéra seule. L'enfant vécut. La cuiller gauche avait porté sur le haut du col du côté droit ; la droite avait marqué son extrémité un peu en arrière des bosses frontales, et son centre avait couvert la fontanelle antérieure : donc la tête était fortement fléchie.

dos qu'on peut craindre de léser la face; dans les autres cas, c'est sur le front ou sur un frontal qu'on appuie. Baudelocque craint la compression du crâne en quatre sens différens. Si la tête était enclavée d'une bosse pariétale à l'autre, cette crainte serait raisonnable; mais je ne reconnais pas de véritable enclavement, et s'il existait, il faudrait bien passer par-dessus cette crainte-là (1). On reconnaît bien qu'on a ainsi pris la tête au grand écartement des crochets : on la fait descendre ainsi jusqu'au bas de l'excavation, et quand elle en est là, il suffit, dans les huit dixièmes des cas, d'extraire le forceps : la rotation horizontale a lieu spontanément, et la sortie est dès-lors toute naturelle.

Cette rotation, c'est ordinairement l'instrument qui l'opère quand il a été placé sur les côtés de la tête. Ma méthode, à moi, c'est de ne l'opérer que lentement, et à mesure que la tête s'engage dans le bas de l'excavation et le détroit inférieur; c'est en tirant, en même temps que je relève doucement les crochets, que je la produis; souvent même il me suffit de tirer le forceps dans la direction des axes pour le voir, comme de lui-même, exécuter avec la tête le mouvement de rotation. Cette méthode diffère essentiellement de ces tours de poi-

(1) Baudelocque lui-même regarde ce procédé comme la seule ressource dans le cas d'enclavement; l'enclavement est aussi la seule circonstance où il le conseille.

gnet, ingénieux sans doute, mais qui ne sont ou possibles ou innocens que sur le fantôme. Des mouvemens d'élévation et d'abaissement destinés à dégager l'occiput et la face, dans la quatrième et la cinquième position, le premier demande les plus grands ménagemens pour ne pas faire éclater le périnée ; le deuxième est inutile, car, l'occiput une fois dégagé, poussez avec le doigt la tête en arrière, vous verrez que le plus léger effort dégagera la face : le poids seul de la tête suffit pour cela : l'occiput une fois sorti, rien ne retient plus la tête en arrière. Gardez-vous bien surtout de vouloir exécuter d'une main ces divers mouvemens, et en même temps soutenir de l'autre le périnée : il faut qu'une personne s'occupe *toute entière* de ce soin. En partageant vos efforts en deux sens opposés, vous diminuez la force dans l'un et dans l'autre. En général, *continuité*, *lenteur*, *attention*, *tâtonnement* même, voilà des précautions sans lesquelles, à mon avis, on ne doit jamais faire marcher l'emploi de la force.

La difficulté de placer le forceps sur les côtés de la tête est bien plus grande encore quand il y a, outre la direction transversale, une *inclinaison latérale*. On voit au premier coup-d'œil ce qui doit arriver en pareil cas, et cela est même applicable aux positions obliques latéralement inclinées. Les branches du forceps s'articulent à égale hauteur ; il en résulte qu'une des cuillers s'appliquera sur le vertex, tandis que l'autre appuiera sur le col et

vers la base du crâne par son extrémité. La première tiendra un peu, mais la deuxième glissera avec la plus grande facilité, ou bien elle contondra, déchirera les parties molles du col. Si on veut les enfoncer, afin que la première saisisse bien tout le vertex et le loge dans toute sa concavité, la deuxième s'y opposera en heurtant contre le col. On n'aura donc jamais ainsi une prise assurée.

Mais, au lieu de vous tourmenter à une manœuvre aussi difficile et aussi infructueuse, placez tout simplement le forceps sur les côtés du bassin ; si la position est transversale ou si son obliquité ne la rapproche que peu de la direction antéro-postérieure (ce qui est l'ordinaire), vous saisissez la tête du front à l'occiput : vous avez deux points d'appui solides et accommodables à la disposition des cuillers. La théorie semble même indiquer que la tête ainsi prise pourra, en descendant, se redresser entre les cuillers du forceps ; ce redressement sera du moins plus facile que si la tête était saisie d'un côté à l'autre : ici il ne faudra qu'un léger mouvement, auquel le front et l'occiput fixés par l'instrument serviront de pivot.

B. Le crochet et le perce-crâne sont, dans leur emploi, soumis à si peu de règles, qu'à peine puis-je en parler ici. A quoi servirait de désigner les diverses sutures ou fontanelles les plus accessibles dans les différentes positions ? le doigt l'indique assez ; et le lieu où il trouve moins de résistance et de solidité, ce lieu-là, quelque nom qu'il

porte, est celui qui sera préféré pour la perforation. Et, quant au crochet aigu, n'est-ce pas tout dire que d'indiquer l'occiput comme le lieu le plus favorable, celui qui rapproche le plus l'accouchement artificiel du naturel ? Faudra-t-il ajouter que, dans une inclinaison latérale, il serait avantageux d'implanter le crochet sur le vertex ? Je le répète encore, la règle est bonne, mais les cas où le crochet est nécessaire sont si épineux, si difficiles en général, qu'elle devient inutile et impraticable. On cherche une partie résistante et on l'accroche, trop heureux si elle ne vient pas seule à la pointe de l'instrument. Remarquez qu'après la perforation du crâne et l'extraction de l'encéphale, les diamètres de la tête changent très-aisément, s'accommodent sans peine à ceux du bassin s'il n'est pas trop difforme, et que, par conséquent, les mouvemens d'arc de cercle et de rotation sont moins essentiels que quand le crâne est plein et solide.

Troisième indication. — Changer la position. Ceci peut être envisagé sous deux aspects : ou bien on change seulement la direction, etc., de la partie qui se présente, ou bien on change la partie même.

A. Pour remplir la première de ces deux vues, on emploie ou la main ou le forceps.

Dans les deux premières positions, on peut désirer d'accélérer la rotation horizontale, et ensuite l'extension ou le mouvement d'arc de cercle qui

produit le dégagement : il faut pour cela que la tête soit parvenue au point convenable. Je n'ai jamais, avec la main, pu sensiblement produire le premier effet, à moins que la nature n'eût une grande tendance à l'exécuter : Smellie dit l'avoir fait (tom. 1er., p. 231); à plus forte raison n'ai-je jamais pu, sans une tendance naturelle bien évidente, produire la conversion d'une quatrième position en première, etc. Cette tendance naturelle peut bien tenir à une conformation particulière du bassin, comme je l'ai déjà fait entrevoir; mais, plus ordinairement encore, elle doit tenir à la direction du tronc de l'enfant. Quand, de la part de la tête, ce grand mouvement s'est opéré, on voit le tronc sortir, non comme dans la quatrième, mais comme dans la première position : preuve évidente qu'il était, de prime-abord, ainsi tourné, et raison pour croire que c'est lui qui a déterminé la tête à rouler dans une direction différente de la plus ordinaire. Si cette disposition du tronc n'existait pas d'avance, le col serait fortement tordu. C'est cette disposition qu'on produit sans doute lorsqu'on parvient à convertir une cinquième position en première, en corrigeant une obliquité utérine. (*Voyez* premier Mémoire.)

Dans les positions pariétales, on prescrit de tenter la réduction à une position directe. Baudelocque parle de repousser de dessus les pubis le vertex arrêté en cet endroit. Comme je n'ai jamais rencontré cette disposition, je n'ai pu en

essayer. Dans celle que j'ai rencontrée, c'est sur l'angle sacro-vertébral que s'était opéré le renversement, et presque toujours l'utérus était vide d'eau et contracté : c'est ce qui m'a presque constamment empêchée de réussir avec la main. Le forceps me réussit bien mieux dans cette circonstance, ainsi que dans les précédentes. Dans le cas où une simple rotation horizontale était nécessaire, il est arrivé quelquefois qu'une seule branche, en l'introduisant, a fait rouler la tête, et lui a permis de sortir seule; le plus souvent cette rotation a été déterminée par l'effort nécessaire pour articuler les branches, ou bien par les tractions ou par une torsion légère, jamais par les grands mouvemens, qui sont faciles et sans danger sur le mannequin, mais non sur un être organisé et sensible, et dont les parties nous cachent et la tête du fœtus et l'instrument lui-même.

B. Pour amener une autre partie à l'orifice, c'est toujours la main seule qui doit agir. Cette autre partie est toujours l'extrémité opposée à la tête, ce sont les pieds qu'on va saisir. La prise qu'ils offrent, leur peu de volume et la facilité qu'ils fournissent pour diriger et conduire le fœtus de manière à faire filer par les passages osseux leurs plus petits diamètres, voilà ce qui détermine à les substituer souvent au vertex. Comme, pour le forceps, je renvoie, pour les *généralités*, au prèmier Mémoire; pour les *détails*, je renvoie aux observations particulières : on y trouvera l'application de ces pré-

ceptes généraux aux différens cas ; on y verra aussi quelques exemples des anomalies que la pratique fait recontrer de temps à autre ; on y verra la main droite préférée pour la première et la cinquième ; la gauche pour la deuxième et la quatrième position ; quelquefois l'une ou l'autre introduite au hasard, sans connaissance de la position. On connaîtra aussi la futilité de certains préceptes minutieux , comme celui de faire *virer* le fœtus en avançant sur son côté (première et deuxième position), etc. , etc.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au deuxième Mémoire sur les positions du vertex, disposées par ordre, d'après la terminaison de l'accouchement, ou les procédés opératoires employés pour la produire.

N° Ier.

Ire Position du vertex.

Accouchement spontané et régulier.

J'ai peu insisté sur la description du mécanisme de l'accouchement naturel; une observation détaillée satisfera amplement à cette omission volontaire.

Je choisis pour cela une femme forte et bien constituée, âgée d'une vingtaine d'années, et enceinte pour la première fois.

Onze heures du matin. Elle vient d'arriver à la salle d'accouchement; la tête du fœtus est engagée dans le détroit supérieur, et, à travers les membranes intactes, je reconnais, dans l'intervalle des douleurs, la 1re position du vertex. Je sens la fontanelle antérieure vers la symphyse sacro-iliaque droite, et la postérieure vers l'éminence ilio-pectinée gauche: toutes deux sont presque au même

niveau par rapport au détroit, ce qui indique que *la tête n'a pas encore exécuté sa flexion*. L'orifice utérin est ouvert de deux pouces de diamètre, il est souple ; les douleurs sont fortes, et durent depuis une heure et demie.

Midi et demi. Dans une douleur, rupture des membranes et écoulement d'une quantité médiocre d'eau bien transparente.

L'eau s'écoule encore au moment où les douleurs cessent et au moment où elles commencent. Le toucher indique trois pouces d'ouverture à l'orifice; la tête appuyée sur ses bords est plus abaissée dans le bassin; on peut à peine atteindre la fontanelle antérieure; la postérieure est voisine du centre de l'excavation; la suture sagittale, reconnaissable à un pli saillant des tégumens, se porte de la fontanelle susdite en arrière, en haut et à droite. *La flexion est opérée.*

Trois heures. Jusque là peu de progrès: à cette époque, *la tête a franchi l'orifice utérin;* elle est toujours oblique, mais bien plus basse : on ne peut plus du tout sentir la fontanelle antérieure, parce que *le crâne occupe la concavité du sacrum;* la fontanelle postérieure est presque au centre, pourtant un peu à gauche; l'extrémité occipito-pariétale du crâne en est la partie la plus basse ; le périnée commence à faire une légère saillie.

Cinq heures. De nouvelles douleurs ont lieu, plus vives que les précédentes, qui s'étaient un peu affaiblies; le périnée proémine davantage; la fon-

tanelle postérieure, qu'on suit du doigt, quoique la peau soit tuméfiée sur elle et sur le pariétal droit; cette fontanelle, dis-je, marche lentement à chaque douleur de gauche en avant. *La rotation commence.*

Six heures moins un quart. La même fontanelle se porte davantage en avant; l'extrémité occipito-pariétale s'enfonce dans l'arcade en séparant les nymphes sans les déployer, et en repoussant en avant et en haut la commissure antérieure des grandes lèvres. *La rotation est complète.*

Le périnée est alors très-distendu et très-saillant; il représente une grosse tumeur ronde à la partie antérieure de laquelle est une ouverture ovalaire et d'une direction oblique, telle que la femme étant debout, son axe se porterait en bas et en avant, à-peu-près autant dans un de ces sens que dans l'autre. Cette ouverture a environ deux pouces et demi de grand diamètre; ses bords sont tenus à distance par l'extrémité occipito-pariétale et par la région de la fontanelle postérieure: c'est la vulve. En arrière, sur la tumeur que forme le périnée, on trouve un anneau circulaire de neuf lignes de diamètre, et dont l'aire est remplie par une membrane muqueuse à travers laquelle on sent la tête du fœtus: cet anneau, c'est l'anus.

A chaque douleur, la vulve s'accroît un peu et la tête s'avance davantage: à chaque repos elle se rétrécit; le périnée diminue sa saillie, et la tête remonte.

Peu de progrès jusqu'à sept heures et demie.

Les douleurs se sont même beaucoup affaiblies. A cette époque, douleurs plus fortes; le périnée bombe plus que jamais; *le crâne a franchi les tubérosités sciatiques*. Dès-lors la tête ne rentre plus; la femme se plaint de ténesmes; ses douleurs, plus fréquentes et plus vives, lui arrachent des cris prolongés; la vulve s'élargit de plus en plus. Enfin, à huit heures, la tête sort, l'occiput se relève vers le mont-de-Vénus, et le crâne, suivi du front et de la face, se dégage au-devant du périnée, *par un mouvement d'extension ou de renversement en arrière.* Aussitôt la face se tourne vers la partie postérieure de la cuisse droite par la *détorsion du col*: c'est le mouvement *de restitution.*

Le périnée, quoique vigoureusement soutenu, a été échancré dans l'étendue de cinq lignes.

On le soutient encore avec attention pendant que l'élève sage-femme qui opère tire légèrement sur la tête, et puis va accrocher l'aisselle gauche. L'épaule de ce côté est maintenant dans la courbure du sacrum : elle répondait d'abord à l'échancrure sciatique gauche. Cette épaule une fois dégagée, l'autre sort seule sous les pubis, et le reste de l'enfant vient facilement en se recourbant sur son côté droit.

L'enfant vit : c'est un gros garçon de sept livres et demie.

Dix minutes après, l'utérus est dur et contracté : légères tranchées. On sent à l'orifice le placenta au

centre duquel s'attache le cordon ; il cède à de légères tractions.

Suites de couches simples et heureuses. Remarquez que le travail a duré dix heures, ce qui est un temps un peu long ; mais aussi c'était un premier accouchement. Au reste, cette durée est extrêmement variable : la table que je joins ici pourra en donner une idée. Je choisis l'année pendant laquelle on l'a notée avec le plus d'exactitude.

Table de la durée du travail observée dans les 2395 accouchemens faits en l'année 1811.

Travail d'une heure.	— Accouchemens,	100
de 2	—	257
3	—	257
4	—	329
5	—	212
6	—	317
7	—	142
8	—	230
10	—	174
12	—	173
15	—	67
18	—	31
24	—	26
30	—	9
36	—	6
48	—	4
60	—	1
Premier total..........		2335
Durée indéterminée (accouchées avant d'entrer à l'hospice)....................		60
TOTAL GÉNÉRAL..........		2395

Remarquez encore que j'ai dit un *gros* garçon de *sept livres et demie* : c'est en effet un poids assez considérable. Depuis Rœderer, on ne voit plus de ces enfans, dont les moindres pesaient douze livres et les plus forts jusqu'à vingt-cinq.

Table du poids de 7883 *enfans nés du* 1er *germinal an* 11 *au* 31 *décembre* 1807.

Enfans du poids de ½ livre,	12	avortons.
1	38	
2	95	5 à 7 mois; les plus âgés putréfiés.
3	193	(6 à 8 mois).
3 ½	1	(à terme).
4	427	les uns à terme, les autres pas tout-à-fait.
5	1445	(à terme).
6	2996	(*idem*).
7	1981	(*idem*).
8	477	(*idem*).
9 à 9 ¾	90	(*idem*).
10	13	(*idem*).
Total des enfans pesés. .	7767	
Enfans non pesés.	116	
TOTAL GÉNÉRAL. . .	7883	

On a comparé le poids de plusieurs de ces enfans à leur longueur. Un des plus grands avait vingt-deux pouces du vertex au talon ; il était d'un embonpoint notable, et pourtant ne pesait que neuf livres et quelques onces. Ceux de dix livres n'étaient pas plus grands, mais plus chargés de graisse.

N° II.

1re Position du vertex. — *Dégagement irrégulier du tronc.*

La nommée A. . m (1), entrée, le 5 mars 1815, à l'hospice, présenta, dès les premiers temps du travail, toutes les apparences d'une disposition favorable. Cependant la tête séjourna quelque temps au détroit supérieur. La rupture des membranes et l'écoulement des eaux l'entraînèrent dans l'excavation pelvienne. On put sentir alors facilement le sommet dans la première position. La fontanelle antérieure, répondant à la symphyse sacro-iliaque droite, sembla s'élever à mesure que la tête descendit. L'occiput, ou plutôt la saillie occipito-pariétale, devint sa partie la plus basse, et la fontanelle postérieure quitta le niveau de l'éminence ilio-pectinée gauche pour se porter vers le centre de l'excavation.

Ce mouvement était dû à la flexion qui rapproche le menton de la poitrine, et, suivant la remarque de Solayrès, tourne la face vers le fond de la matrice.

Lorsque le vertex fut parvenu au bas de l'échan-

---

(1) On devine la raison qui m'a engagée à altérer ainsi les noms des accouchées; cette altération n'ôtera à mes observations rien de leur authenticité, puisqu'elle n'empêcherait pas de les confronter au besoin avec les registres de l'hospice et avec les miens propres.

crure sciatique droite et appuya sur les ligamens de ce côté, l'occiput, qui répondait au trou sous-pubien gauche, glissa sur le muscle obturateur et s'enfonça dans l'arcade pubienne. En même temps, le front se porta dans la courbure du sacrum ; le vertex ou le synciput appuya sur le coccyx et le périnée; la région de la fontanelle postérieure se trouva cintrée par la vulve. Sous l'influence de nouvelles douleurs, la saillie occipito-pariétale se porta en avant, s'enfonçant davantage dans l'arcade et se relevant vers le mont-de-Vénus. En même temps le vertex distendait le périnée ; il finit par le franchir entièrement, et la face se dégagea ensuite avec facilité.

Jusqu'ici rien que d'ordinaire et de régulier. La face aurait dû se tourner vers la fesse droite ; elle resta tout-à-fait en arrière. Bientôt les épaules sortirent en sens inverse de celui qu'on devait attendre : la gauche sortit en avant et la droite en arrière, et le reste du tronc suivit la même direction, absolument comme si la tête se fût présentée dans la seconde position.

Peut-être s'était-elle d'abord offerte ainsi au détroit supérieur, et ensuite (poussée par je ne sais quelle cause) avait-elle pris une direction différente ; peut-être cette irrégularité était-elle la cause de la lenteur qu'elle avait mise à se plonger dans le bassin, quoiqu'on puisse attribuer aussi cette lenteur (1) à la résistance des membranes. Si mon hy-

(1) La totalité du travail a compris un espace de dix heures.

pothèse est juste, ce fait prouve contre la possibilité des troisièmes positions de Baudelocque, car la tête, présentée comme dans la deuxième et déviée par une cause quelconque, avait bien moins de chemin à parcourir pour permuter sa position en troisième qu'en première.

L'enfant était une fille bien portante et du poids de sept livres : la mère s'est promptement rétablie.

N° III.

1re Position. — *Terminaison spontanée, rotation incomplète.*

Une femme forte et bien portante, déjà accouchée deux fois, et toujours avec facilité, souffrait depuis quelques heures, et la dilatation était complète, quand tout-à-coup les membranes se rompirent; l'eau de l'amnios s'écoula brusquement et à grands flots, et la tête descendit dans l'excavation du bassin. En même temps sortit une portion du cordon ombilical, longue de six à sept pouces, et dans laquelle on sentait de fortes pulsations.

La tête était dans la première position, c'est-à-dire, l'occiput derrière la cavité cotyloïde gauche, etc.; elle était descendue fort bas; la femme avait des douleurs fortes et fréquentes; et, quoique les pulsations semblassent disparaître pendant ces douleurs, je me décidai à attendre l'expulsion spontanée du fœtus.

Les douleurs revenaient de quatre en quatre minutes, et à chacune la tête descendait et faisait saillir le périnée ; elle rentrait peu dans l'intervalle, et bientôt entr'ouvrit les lèvres de la vulve, conservant toujours sa situation oblique. Deux contractions successives commencèrent le mouvement de rotation, et amenèrent l'occiput sous la branche inférieure du pubis gauche ; il n'alla pas plus loin, et ce fut en vain que je cherchai à seconder la nature, en poussant l'occiput vers l'arcade dans le moment de la douleur; la saillie excessive du périnée me força de porter sur lui toute mon attention ; il fut soutenu et conservé intact pendant que le front et la face se dégageaient sur *le côté droit* de son bord antérieur. Ce mouvement s'opéra environ vingt minutes après l'issue du cordon, et au moyen de six ou sept douleurs. J'avais fait mettre la femme en travers sur son lit, dans l'attitude décrite dans le premier Mémoire. Le dégagement des épaules fut assez facile ; l'enfant fut emporté sur-le-champ, et la ligature du cordon opérée aussitôt après. Quelques battemens à la région du cœur et vers l'ombilic annonçaient que la vie n'était point éteinte : aussi fut-elle en peu de temps entièrement ranimée. L'enfant était du sexe féminin, et pesait près de huit livres. La mère s'est très-bien portée.

Cette observation offre une sorte d'exception aux règles ordinaires du mécanisme de l'accouchement naturel, puisque la tête s'est dégagée obliquement

des parties génitales externes. Deux autres fois j'ai vu arriver la même chose et à un degré plus marqué : la tête n'a opéré aucun mouvement de rotation, et elle est sortie de la vulve absolument comme elle était entrée dans l'excavation du bassin, c'est-à-dire, son grand diamètre dirigé de l'ischion ou de la cavité cotyloïde gauche à l'échancrure sacro-sciatique droite. Dans ces trois cas, comme dans certains autres, j'ai tenté, sans succès, de produire cette rotation *avec la main*, soit en empoignant le sommet entre le pouce et les autres doigts, soit en poussant à la fois le front dans un sens et l'occiput dans un autre, avec deux doigts appliqués sur eux. Cette manœuvre ne peut, à mon avis, réussir que lorsque la nature fait les trois quarts de l'affaire ; on peut, sous ce rapport, l'aider, mais non la suppléer, du moins avec la main ; car le forceps, dans la plupart des cas, produirait cette rotation avec facilité.

N° IV.

1re Posit. intermédiaire du vertex (2e variété).

Accouchement spontané.

Le 19 floréal an 9, les élèves de service m'avertirent qu'une femme, nommée D...er, en travail depuis quatre heures, était, depuis une heure, sans contractions utérines, et que la tête s'offrait dans la troisième position du sommet (Baudelocque).

Cette femme avait déjà eu des enfans; elle semblait bien conformée; l'utérus n'était que peu oblique en avant; les membranes étaient rompues depuis une heure et demie.

Je la touchai, et je trouvai la tête engagée dans le détroit supérieur. La fontanelle postérieure était derrière le *pubis* gauche, et l'antérieure sur la gouttière sacro-iliaque droite (1). Cette dernière me parut un peu plus accessible qu'elle ne l'est d'ordinaire à pareille hauteur. Cette circonstance indiquait que la tête n'avait point de tendance à se fléchir vers la poitrine.

Cependant, au moment même où je touchai cette femme, les douleurs se réveillèrent, la tête descendit brusquement dans le bassin, et peu après l'enfant naquit.

Il pesait sept livres. Quoique le travail n'eût duré que six heures, il était mort. Le frontal gauche était fortement déprimé vers son milieu; la bosse frontale était enfoncée avec fracture; la branche droite de la suture lambdoïde était recouverte d'une ecchymose médiocre. Cette ecchymose m'a paru être due à la pression du pubis, et l'enfoncement à celle de l'angle sacro-vertébral; ce n'est qu'à la faveur d'un pareil enfoncement que la tête a pu descendre ainsi placée : qu'eût-ce été si elle se fût présentée dans une troisième position franche ?

---

(1) C'est-à-dire sur l'échancrure ou le bord mousse par lequel le sacrum concourt à la formation du détroit supérieur.

N° V.

1re Position inclinée (6e variété, pariétale).

Accouchement spontané, mais lent.

Cette femme, nommée Mat...., robuste et sanguine, était âgée de vingt-huit ans, réglée dès l'âge de dix-huit ans, trois jours chaque mois. Elle était déjà accouchée très-heureusement une fois après cinq heures de travail.

Examinée lors de son arrivée à l'hospice, elle offrit une dilatation commençante; les membranes, fortement tendues, permettaient à peine de toucher la tête de l'enfant. Les douleurs duraient depuis environ quinze heures.

Dans l'après-midi, la dilatation était complète, les douleurs bonnes et la tête ne descendait pas. Je *rompis les membranes*, et alors s'offrit au détroit supérieur une surface convexe et dure, sans sutures ni fontanelles. Je présumai que c'était un pariétal, et le bord d'une oreille que je ne sentis qu'à peine en avant, confirma mon opinion. L'utérus était un peu oblique en avant et à gauche.

Je fis placer la femme en travers sur son lit, prête à terminer l'accouchement si les choses ne changeaient pas de face.

A peine était-elle ainsi placée, que la tête se plongea dans l'excavation en traversant l'orifice utérin. Peu après elle s'avança encore et fit saillir

les parties externes de la génération : bientôt elle tourna horizontalement, et l'occiput vint de gauche en avant occuper l'arcade pubienne, puis sortit toute la tête. La sortie eut lieu dans une direction telle, que le pariétal droit était plus saillant que le gauche, et se débarrassa le premier. Ce ne fut qu'alors que je pus distinguer lequel des deux s'était offert au détroit supérieur.

L'enfant était peu volumineux. Il pesait cinq livres; le diamètre occipito-frontal avait trois pouces et demi. *Tout le côté droit* de la tête, même la tempe, était couvert par une tumeur sanguine considérable ; il s'y forma un petit épanchement de la grosseur d'une noix, une piqûre avec la lancette en fit sortir du sang liquide et noir, et permit de sentir le pariétal dénudé et séparé de son périoste. La guérison s'est opérée très-vite et sans accidens.

N° VI.

2e Position. — *Terminaison spontanée; délivrance difficile.*

Cette observation offre ceci de remarquable, que la femme affectée d'une fracture de la jambe dut rester immobile et être dirigée avec soin pendant le travail.

Chr......., femme robuste et âgée de vingt-trois ans, arriva à la Maternité vers la fin de janvier 1820. Elle fut alors jugée, d'après l'état du col, enceinte

d'environ huit mois : elle-même se croyait à la fin du neuvième; elle disait n'avoir point encore eu d'enfant.

Le 4 février, en descendant un escalier, elle tomba *accroupie*. Une chaussure à talons élevés en fut la cause : le pied gauche fléchit en dehors, la jambe se trouva engagée sous l'autre et comprimée par tout le poids du corps, augmenté de celui d'un paquet de linge dont Chr....... était chargée.

Les deux os de la jambe furent fracturés vers leur partie inférieure : la malade fut sur-le-champ relevée, couchée et copieusement saignée. Le membre fut entouré d'un appareil convenable, et les douleurs s'apaisèrent.

Pendant la nuit et le jour suivant, douleurs dans les lombes et durcissement passager de l'abdomen ; le col de l'utérus avait encore un demi-pouce de longueur ; il admettait le doigt et permettait de sentir la tête du fœtus.

Les contractions cessèrent pendant deux jours, pour reparaître plus fortes le 8 février au matin.

Elles continuèrent toute la journée, et le soir on trouva le col effacé, l'orifice ouvert d'environ six lignes, mais épais et dur.

Pendant la nuit, augmentation des douleurs, dilatation graduelle, écoulement d'une petite quantité d'eau attribué à la rupture des membranes au-dessus de l'orifice utérin.

9 *février*. A cinq heures et demie du matin, dilatation complète, *douleurs de reins* violentes, utérus durcissant peu pendant la douleur.

On ouvre les membranes. Beaucoup d'eau s'écoule; la tête s'engage dans le détroit supérieur, poussant devant elle l'orifice. La peau du crâne, un peu tuméfiée, empêche de bien reconnaître la position du vertex.

En une heure de temps, la tête traverse l'orifice et le vagin, et se présente à la vulve. Jusque là les deux jambes étaient restées étendues; mais alors on fit fléchir la cuisse et la jambe droites, la gauche restant immobile. Une alaise ployée en longueur servit à soulever le bassin sans efforts de la part de la malade. A sept heures du matin, la tête *roula* sur son axe, l'occiput marcha de *droite en avant*, et à la contraction suivante, l'*extension* dégagea le sommet, le front et la face: cela fait, le visage se tourna vers la partie postérieure de la cuisse gauche. Pendant tout ce temps-là, on soutenait le périnée avec une main passée sous la cuisse droite: il fut conservé. La situation horizontale de la malade rendit assez difficile l'extraction des épaules, mais plus encore celle du placenta.

En effet, celui-ci, attaché à la paroi antérieure de l'utérus, restait au-dessus des pubis. Le cordon, quoique dirigé très-fortement en arrière, n'en amena qu'une partie: il fallut, une demi-heure après l'accouchement, porter la main dans le vagin pour saisir le milieu du placenta au-dessus des pubis. Quelques caillots sortirent avec lui, et tout ensuite alla bien.

L'enfant était assez gros: c'était un garçon très-

bien portant, à l'exception de quelques taches pustuleuses et d'un caractère suspect.

Quant à la mère, les premières suites de couches furent des plus favorables : la jambe avait peu souffert.

Chr....... ne put conserver son enfant, ni par conséquent le nourrir : néanmoins la sécrétion du lait s'opéra le deuxième jour.

Le troisième, douleurs dans l'abdomen, fièvre, etc. (*Trente sangsues à l'hypogastre, laxatifs.*)

Les jours suivans, augmentation des douleurs, météorisme, nausées, diarrhée : bientôt altération de la face, délire, oppression, et mort le 17 février.

On a trouvé un épanchement purulent dans le péritoine. Les os de la jambe n'offraient pas la moindre trace de travail *adhésif.*

Arrêtons-nous un instant sur la difficulté qu'a présentée l'extraction du placenta. Elle tenait à deux causes : 1° l'insertion antérieure du placenta, qui rend les tractions inefficaces, si elles ne sont dirigées tout-à-fait en arrière ; 2° la position horizontale de la malade et l'immobilité que nécessitait la fracture, et qui empêchait de diriger en arrière la traction autant qu'il l'aurait fallu. Ordinairement, quand le placenta est ainsi retenu sans adhérence en avant et au-dessus des pubis, il suffit de faire soulever fortement le bassin et de tirer en bas : on agit alors presque perpendiculairement à sa surface. Tout cela ne se voit d'ailleurs d'une manière

bien manifeste qu'autant que l'utérus reste un peu incliné en avant, et telle est souvent sa disposition après l'accouchement. (*Voyez* LEVRET, *Art des Accouchemens*, 3e édit., p. 312.)

N° VII.

4e POSITION (Baudelocque); 3e POSITION DE MA CLASSIFICATION.

Terminaison spontanée; mécanisme ordinaire.

Je pourrais rapporter un assez grand nombre de cas semblables à celui dont je vais parler. J'ai eu mainte occasion de voir des faits tout pareils; mais leur similitude même rendrait leur relation d'une monotonie insupportable : un seul suffira pour donner une idée exacte de la marche de la nature en pareil cas.

Une femme de vingt-six ans, d'une constitution en apparence peu robuste, mais nerveuse et irritable, était parvenue au dernier terme de sa troisième grossesse. Le travail de l'accouchement durait depuis cinq heures, quand elle se présenta à la salle des accouchemens (19 juin). On la toucha et l'on trouva la dilatation de l'orifice utérin complète, la poche de l'eau tendue et empêchant de reconnaître la position de la tête, qui paraissait déjà un peu engagée dans l'excavation du bassin.

Les choses restèrent dans cet état pendant trois à quatre heures, et je me déterminai alors à

rompre les membranes. Une fontanelle, sentie vaguement en avant et à gauche, me faisait croire à l'existence de la première ou de la quatrième position. Les membranes rompues, cette dernière devint évidente, et, comme je l'avais espéré, les douleurs, un peu affaiblies, se réveillèrent; la tête franchit l'orifice utérin et vint occuper l'excavation du bassin.

Sa marche se ralentit beaucoup alors : cependant les douleurs continuèrent, et chacune produisait un léger mouvement de rotation, qui dirigeait la fontanelle antérieure en avant et portait le front derrière les pubis. Trois quarts-d'heure et environ dix contractions utérines furent employés à produire la totalité de ce mouvement.

Lorsque le front fut derrière la symphyse pubienne, l'occiput commença à descendre dans la courbure du sacrum et le périnée à proéminer. Chaque douleur le poussait en bas et dilatait considérablement l'anus; la vulve s'ouvrait de plus en plus et toute la longueur de la suture sagittale s'était déjà avancée au-devant de la fourchette. Enfin une contraction énergique provoquée par quelques pressions sur les muscles du périnée poussa l'occiput au-devant du bord de ce dernier, qui, quoique soutenu par une main vigoureuse, fut néanmoins échancré jusqu'à quatre à cinq lignes de son bord antérieur. Dans ce mouvement, la tête se trouvait presque verticale, le front en haut, l'occiput en bas et le sommet en avant.

Quand l'occiput eut paru au dehors, il ne tarda pas à se porter en arrière, en se relevant un peu vers l'anus. En même temps le reste de la tête, poussé par les efforts de l'utérus et des muscles de l'abdomen, se dégagea de telle sorte que du front au menton les diverses parties de la face parurent successivement entre les nymphes et sous le ligament triangulaire des pubis. La face alors s'inclina vers l'aîne gauche. Les épaules se dégagèrent presque seules pendant qu'on soutenait avec soin le périnée, de peur qu'elles n'augmentassent en passant la déchirure.

L'enfant, un moment immobile, reprit, à l'aide de quelques secours, sa vigueur première; il était du sexe féminin, et pesait six livres et demie. La délivrance fut facile et les suites de couches très-heureuses. L'urine qui, pendant les derniers temps du travail, s'était accumulée dans la vessie, n'en put être extraite qu'au moyen de la sonde; mais les jours suivans son cours naturel se rétablit parfaitement avec toutes les autres fonctions.

On ne peut nier qu'il ne faille ici de la part des organes *expulseurs* des efforts très-considérables : le double arc de cercle qu'exécute la tête, flexion et extension; l'étendue considérable surtout du premier mouvement, la largeur du front relativement à l'arcade, toutes ces difficultés ne peuvent être vaincues que par des contractions énergiques et soutenues. Une remarque de plus au sujet de cette

observation, c'est que ce ne sont pas toujours, à beaucoup près, les femmes les plus robustes qui accouchent avec le plus de facilité et qui présentent les conditions les plus favorables. On voit souvent des femmes grêles et chétives, mais bien portantes, supporter sans peine un travail long et pénible, qui aurait bientôt accablé une femme sanguine et musculeuse.

N° VIII.

4e Position (3e). — *Terminaison spontanée insolite* (*réduction à la deuxième*).

Une femme forte et vigoureuse, d'une constitution sèche et d'un tempérament bilieux, était en travail pour la deuxième fois, lorsqu'elle arriva à l'hospice : c'était dans le mois d'août 1804.

Elle souffrait depuis environ neuf heures, et ses douleurs étaient devenues plus vives et plus rapprochées. Elles se reproduisaient alors de dix en dix minutes, et duraient environ deux minutes chacune.

Les élèves touchèrent après moi cette femme, et trouvèrent comme moi la dilatation complète, les membranes entières, la tête assez haute et placée dans la quatrième position ; on reconnaissait parfaitement les quatre angles de la fontanelle antérieure au-dessus de la région cotyloïdienne gauche. La suture sagittale *descendait* de là en arrière et à droite ; mais la poche des membranes empêchait

de sentir la fontanelle postérieure, qui devait être plus basse que l'antérieure. Malgré mes défenses, une élève voulut trouver les deux fontanelles ; elle appuya le doigt vers le milieu de la poche et la rompit : l'eau sortit avec violence et en grande quantité. Cet effort fit descendre la tête dans l'excavation et le diagnostic put être aisément confirmé. Cependant les douleurs se ralentirent beaucoup ; trois heures après elles se réveillèrent un peu. Pour en profiter davantage, je fis mettre la femme en travers sur le bord du lit ; je fis, sur le bord antérieur du périnée, des pressions méthodiques qui, excitant le ténesme, accroissaient l'intensité des efforts de l'utérus et des muscles volontaires. La femme poussait de tout l'effort dont elle était capable ; la tête avançait un peu et nous attendions que le front se portât sous le pubis ; nous suivions du doigt appliqué sur la fontanelle antérieure le mouvement rotatoire ; mais, au lieu d'avancer, nous le vîmes bientôt se porter en arrière. En deux contractions, la rotation fut complète, et la tête se trouva dans la deuxième position. Elle ne tarda pas à sortir après avoir, par une rotation nouvelle surajoutée à la première, porté la face dans le sacrum, et l'occiput dans l'arcade. Une fois sortie, la tête tourna spontanément la face vers la cuisse gauche de la mère. L'épaule gauche se dégagea en avant, et le reste sortit ensuite sans difficulté.

L'enfant pesait cinq livres : il était faible. Il y avait une grosse tumeur sur le pariétal et le frontal

gauche : tout cela s'est dissipé. La mère en a été quitte pour une rétention d'urine qui, pendant quatre jours seulement, a nécessité le cathétérisme.

N° IX.

4e Position inclinée vers le dos (3e espèce, 4e variété, bregmatique).

Réduction à la deuxième; accouchement spontané.

Le 6 février 1821, je touchai le soir, à la salle des accouchemens, une femme nommée Th....t, âgée de trente ans, enceinte pour la cinquième fois et en travail depuis une heure et demie.

Les élèves m'avaient annoncé que la tête s'offrait dans la deuxième position du vertex. Loin d'en sentir les caractères, je fus d'abord singulièrement déroutée; mais, recueillant peu à peu mes idées, et procédant au toucher avec ordre et méthode, je me rendis un compte très-exact de la position. La fontanelle antérieure occupait le centre de l'excavation, le front pouvait être senti jusqu'au nez et aux orbites, lesquelles parties étaient derrière l'éminence iliopectinée gauche; la suture frontale était très-sensible, la sagittale ne l'était pas moins, et je la suivis assez haut, jusqu'à la fontanelle postérieure, que je trouvai bien plus haute que l'antérieure et au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite. En pesant bien toutes les expressions de ce détail, on se rendra un compte exact de la position, et on

justifiera la première partie du titre de cette observation. La tête n'était, comme on voit, qu'à moitié engagée dans l'excavation, et les membranes étaient encore entières : il n'y avait rien de mieux à faire qu'à attendre.

La marche du travail fut suivie avec soin. Une heure après mon premier examen, mademoiselle Hucherard, élève principale de l'hospice, trouva que le front s'était tourné vers le côté gauche du bassin, *en se relevant un peu*, de manière à rendre plus accessible la fontanelle postérieure et à mettre le synciput au centre.

La position était devenue tout-à-fait transversale; la tête s'était enfoncée un peu davantage dans l'excavation, et on sentait l'oreille gauche derrière la symphyse des pubis. La dilatation était complète.

La tête resta là près de deux heures, après quoi le front se tourna en arrière *en se relevant encore*, de manière à correspondre à la symphyse sacro-iliaque gauche, et à rapprocher beaucoup du centre la fontanelle postérieure. Les membranes se rompirent peu après, et le mouvement de rotation horizontale propre à la deuxième position s'opéra graduellement. Quand l'occiput se fut enfoncé dans l'arcade, le dégagement s'opéra sans difficultés et à la manière ordinaire; le périnée, un peu endommagé dans les accouchemens précédens, prêta aisément sans rupture. Le travail avait, en tout, duré cinq heures. L'enfant était bien vivant, et du poids de six livres.

Il y a eu ici double réduction : réduction d'une position inclinée à une franche, et réduction d'une position désavantageuse, la quatrième, à une favorable, la deuxième; le bassin était très-ample, car il permettait au doigt de se promener autour de la tête jusqu'à une certaine hauteur. Cette ampleur a été d'une grande utilité pour les divers changemens ; peut-être aussi était-elle la cause de la déviation première. Il n'y avait pas d'obliquité utérine bien marquée.

N° X.

5e Position (B., 4e position de ma classification).
Terminaison spontanée ordinaire.

Thérèse L...t, enceinte de son second enfant et à terme, ayant toujours jusque là joui d'une santé robuste, se rendit à la maison d'accouchement le 4 nivose an 5, à huit heures du soir. L'utérus était fortement oblique à gauche. On toucha et on trouva le col de l'utérus effacé et l'orifice ouvert de cinq à six lignes. Douleurs faibles pendant soixante heures, après lesquelles rupture spontanée des membranes et écoulement d'une petite quantité d'eau. Six heures après, la dilatation était complète, et l'on put s'assurer de la position de la tête jusque là méconnue. La fontanelle postérieure occupait presque le centre du bassin; la suture sagittale montait en avant et à droite; une branche de la suture lambdoïde marchait vers la

courbure du sacrum, l'autre vers l'échancrure sacro-sciatique. On jugea convenable de laisser encore quelque temps agir la nature et elle opéra l'accouchement peu d'heures après. Il eut lieu par le mécanisme ordinaire, c'est-à-dire, que le front se porta derrière la symphyse pubienne, que l'occiput descendit le long du sacrum et franchit le périnée au moyen d'une flexion violente de toute la tête, et que la face se dégagea de dessous les pubis par un mouvement contraire, c'est-à-dire par une extension forcée et un mouvement en arrière.

L'enfant était peu volumineux et vivant. Rien de particulier dans les premières suites de couches. Quelques jours après, la mère fut prise d'une pleurésie qui n'eut point de suites fâcheuses et qui disparut en peu de temps.

Telle est la terminaison spontanée la plus ordinaire dans la cinquième position. C'est un mécanisme en tout analogue à celui de la quatrième. Nous allons voir maintenant un exemple de sa terminaison insolite : le mécanisme sera encore tout semblable à celui de la quatrième dans les circonstances analogues.

N° XI.

5e Position (Baudel., 4e de ma classification), *réduite spontanément à la première.*

Une femme jeune et forte, déjà accouchée une fois à l'hospice, s'y présenta de nouveau dans l'année 1817.

Lorsque le travail fut bien établi, on reconnut distinctement la tête s'engageant dans l'excavation, et placée dans la cinquième position : la fontanelle antérieure en avant et à droite ; la postérieure en arrière, en bas et à gauche.

La rupture spontanée des membranes mit à même de s'en assurer plus positivement encore.

L'utérus soutenait ses contractions ; et la tête, au lieu de tourner le front derrière le pubis, le porta vers l'ilium. La position se convertit ainsi en première ; mais ce ne fut, pour ainsi dire, qu'en passant, car le front continua à marcher vers le sacrum, et l'occiput finit par s'engager dans l'arcade.

L'accouchement fut alors bientôt terminé, et terminé tout entier par la nature. Le travail, en totalité, dura neuf heures.

L'enfant était faible ; mais, malgré la torsion que le col avait éprouvée, il se rétablit sans peine, et la mère ne tarda pas non plus à revenir à une santé parfaite : seulement elle eut, pendant quelques jours, une douleur dans le trajet du nerf sciatique droit.

N°s XII et XIII.

Deux exemples de position transversale (5e de ma cl.). *Terminaison spontanée.*

M.....n, femme maigre et débile en apparence, mais irritable et nerveuse, était âgée de vint-cinq ans, et dans sa deuxième grossesse. Elle souffrait depuis plusieurs heures, lorsque tout-à-coup les membranes s'étant ouvertes et les eaux rapidement écoulées, les douleurs prirent une force et une fréquence qui la forcèrent de se rendre en toute hâte à la maison d'accouchement.

A son arrivée, le travail durait depuis environ sept heures ; la dilatation était complète, et la tête, dans l'excavation, semblait prête à franchir l'orifice utérin, comme cela eut lieu peu après.

La tête paraissait volumineuse; des plis saillans, formés par les tégumens, indiquaient le trajet des sutures, et les fontanelles étaient très-accessibles. L'antérieure, plus élevée que la postérieure, était tournée vers le côté droit du bassin ; la suture sagittale coupait en travers son excavation.

La femme fut couchée transversalement sur son lit, le bassin appuyé sur le bord du matelas, les jambes fléchies et soutenues par des aides. Dans cette situation les douleurs agirent avec énergie, et la femme les aida puissamment de ses efforts musculaires. La tête, dont on suivit scrupuleusement les mouvemens, roula de manière que le front se tourna

par degrés, d'abord vers l'échancrure sciatique droite, puis enfin dans la courbure du sacrum ; en même temps l'occiput saillait dans l'arcade pubienne, et bientôt toute la tête sortit par le mécanisme connu de la première position.

Le travail avait duré huit heures. L'enfant pesait cinq livres : c'était une fille très-bien portante.

De semblables terminaisons ne sont pas rares dans les positions transversales. On peut même *théoriquement* assigner cette marche à leur mécanisme. Plus rarement le front se tourne en avant et change la position en quatrième ou cinquième ; enfin, plus rarement encore, la tête reste transversale et sort sans rotation : je l'ai vu arriver trois fois : les enfans étaient d'un volume ordinaire.

J'ai vu une fois la tête, sortie transversalement du détroit inférieur, exécuter sa rotation, retenue seulement par les organes génitaux externes. La femme chez qui j'ai observé ce phénomène était arrivée à l'hospice le 31 janvier 1818 ; elle était en travail depuis deux jours. Il nous suffit, pour déterminer l'accouchement, de la faire mettre dans la même posture que la précédente. La tête, qui était transversale, sortit du détroit inférieur sans changer de direction : seulement la fontanelle postérieure était beaucoup plus basse que l'antérieure. La vulve était très-étroite (c'était un premier accouchement); elle résista, et la tête fit saillir énormément le périnée : on le soutint vigoureusement. Pendant ce

temps-là une forte contraction fit tourner la tête de sorte que l'occiput se logea dans l'arcade. Tout sortit à l'instant. L'enfant était volumineux : quoique faible, il a vécu.

Donnons maintenant quelqu'un des exemples dont je parlais tout à l'heure : on y verra la tête sortir sans rotation aucune.

N° XIV.

POSITION TRANSVERSALE (5e de ma classification).
Terminaison spontanée sans rotation.

La nommée P....on, femme grosse et courte, enceinte de neuf mois et de son premier enfant, commença à souffrir le 29 décembre 1819, et accoucha le 1er janvier 1820 dans la matinée.

Vers la fin de ce long travail elle avait de la fièvre ; elle eut même à plusieurs reprises des symptômes de congestion cérébrale ; la céphalalgie, les vertiges se renouvelèrent plus d'une fois. « Je ne vois rien, je vois tout rouge : » telles étaient ses exclamations. (*Saignée de trois palettes, bain de siége.*) Le 1er janvier matin, lorsqu'on pratiqua la saignée, la dilatation était presque nulle et l'orifice fort épais. Après la saignée et le bain, les membranes se rompirent, la dilatation s'effectua et la tête franchissant l'orifice, s'enfonça dans le bassin dans une direction transversale telle, que le front était à droite, etc. Rien n'était plus facile que de

s'en convaincre. La suture sagittale traversait l'excavation d'un côté à l'autre, et les deux fontanelles étaient presque de niveau, l'antérieure pourtant un peu plus haute.

Je fis mettre cette femme en travers sur le bord du lit de travail. Là elle put faire valoir les douleurs, qui *revinrent* de dix en dix minutes avec une intensité remarquable. L'index placé sur une fontanelle, j'attendais que la rotation horizontale s'effectuât pour la suivre attentivement et la démontrer aux élèves. Il en arriva tout autrement : la fontanelle antérieure commença par se relever, et la postérieure descendit sans aucune rotation; bientôt même la tête dilata la vulve, et son côté gauche se débarrassa du périnée, tandis que le droit remontait derrière les pubis : le premier remplit le rôle de l'occiput dans les 4e ou 5e positions (Baudelocque), et le deuxième celui du front dans le même cas.

Le reste fut simple et facile. L'enfant naquit faible, mais fut bientôt ranimé : il pesait six livres. Une tumeur sanguine considérable couvrait le *pariétal* droit, et indiquait que *lui seul* avait été en rapport avec l'arcade des pubis, depuis la rupture des membranes jusqu'à la fin du travail. Trois heures se sont écoulées entre ces deux époques.

La mère et l'enfant ont continué à jouir d'une santé parfaite.

Une chose dont je n'ai pas parlé dans le cours de

cette observation, et qui pourtant n'est pas inutile à dire; c'est que dans les derniers momens, j'ai vainement tenté de produire le mouvement de rotation qui a manqué ici. Je l'ai essayé, soit en empoignant la tête entre le pouce et les doigts, soit en appuyant avec l'index et le médius d'une main sur la tempe droite, et avec ceux de l'autre main sur la région mastoïdienne gauche.

N° XV.

Position transversale (6e). *Terminaison spontanée sans rotation.*

L. D.... entra à la salle d'accouchement le 21 novembre 1815. Son âge n'a point été noté; on n'a pas marqué non plus si elle avait eu ou non d'autres enfans.

Quoi qu'il en soit, le travail marcha assez rapidement dans le principe; la tête, qu'on avait sentie sans en distinguer la position, descendit brusquement dans l'excavation au moment de la rupture des membranes. On sentit alors qu'elle était transversale. La fontanelle postérieure était très-facilement sentie au côté droit; de là on suivait la suture sagittale en passant au-dessus du périnée et sur la pointe du coccyx; on arrivait à la fontanelle antérieure, qui était un peu plus élevée que l'autre: en portant le doigt sous les pubis, on sentait assez aisément l'oreille gauche.

Parvenue là, la tête s'arrêta et les douleurs s'affaiblirent : elle y resta pendant près de deux heures sans changer de direction. Je fis mettre alors L. D.... en travers sur le bord du lit, les genoux ployés et les jambes soutenues par des aides. Dans cette situation, elle put mieux faire valoir ses douleurs, et j'en augmentai aussi l'efficacité et l'énergie en pressant sur le bord antérieur du périnée.

Tout cela ne produisit d'abord d'autre effet que l'élévation de la fontanelle antérieure et l'abaissement de l'occiput. La fontanelle postérieure se rapprocha ainsi du centre, et la tête présenta au diamètre ischiatique un diamètre très-rapproché du sphéno-bregmatique. Enfin, les choses étant dans cet état, une violente contraction poussa l'occiput et le vertex au dehors ; l'oreille gauche se trouva sous le ligament triangulaire de l'arcade pubienne, puis remonta vers le détroit supérieur ainsi que le pariétal gauche, tandis que le droit et l'occipital se dégageaient au-devant du périnée. Une simple inclinaison de la tête vers la fesse droite suffit alors pour débarrasser son côté gauche et sa face antérieure : le tronc suivit sans obstacles.

Le travail dura en tout treize heures. L'enfant pesait sept livres : c'était un garçon ; il eut besoin de secours. La mère se rétablit promptement.

N° XVI.

1re Position. — *Forceps pour faiblesse de la mère.*

La nommée V...r, âgée de vingt-un ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, devint enceinte dans les premiers jours de floréal an 10.

Indépendamment des symptômes généraux de la grossesse, elle éprouva des vomissemens continuels. Au huitième mois, fièvre lente et douleurs vagues dans les lombes et les régions iliaques. Le 21 nivôse, vive douleur dans le côté droit; cette douleur la saisit dans la rue, l'arrête et lui fait perdre connaissance. Transportée sur-le-champ à l'hospice, V...r avait le ventre douloureux, l'utérus fort élevé et incliné à droite; le col était encore long et résistant. Du reste pouls fréquent et irrégulier, céphalalgie, rougeur de la face, et par-dessus tout douleur dans la fosse iliaque droite (*Saignée du bras, boissons délayantes*, etc.). Soulagement marqué.

25 nivôse, vomissemens de matières jaunâtres, qui ne cèdent point à la potion calmante; rétention de l'urine, qui exige le cathétérisme. Bientôt diarrhée, langue chargée, bouche amère. *Dix-huit grains d'ipécacuanha* produisirent d'abondantes évacuations par haut et par bas. Mieux être.

Le 5 pluviôse, tout l'abdomen est douloureux et tuméfié; dypsnée, vomissement de matière verdâtre, pouls petit et serré, etc.

L'orifice était mince et ouvert de six lignes, le col effacé. Vers le soir, douleurs énergiques bien caractérisées par la dureté du globe utérin ; dilatation complète. On reconnaît la présence de la tête dans la première position ; en peu d'instans elle franchit l'orifice, les membranes se rompent et l'eau s'écoule en abondance. Dès-lors inertie de l'utérus, faiblesse extrême de la malade ; pâleur et froid général : les cordiaux ne produisent aucun effet. Je me crus obligée d'appliquer le forceps pour débarrasser cette femme, dont l'état était éminemment périlleux.

La branche gauche (femelle), tenue de la main droite, fut introduite vers le ligament sacro-sciatique droit, de là l'extrémité de la cuiller, poussée par l'index de la main gauche, avança obliquement en haut et en avant, entre l'ischion et la tête ; elle passa de cette manière de la tempe gauche à la tempe droite en cheminant sur le front. Ainsi placée, cette branche se trouva très-inclinée ; car la cuiller n'avait marché en haut qu'au moyen de l'abaissement du crochet. La branche droite (mâle) fut glissée directement devant l'échancrure sacro-sciatique. Un léger effort, que je fis pour rapprocher les branches et les articuler, détermina en partie la rotation de la tête; elle s'acheva aux premières tractions, et alors le pivot de l'instrument, qui d'abord regardait la cuisse gauche, répondit à la symphyse pubienne. La peau du crâne, peu tuméfiée, permit de sentir la suture sagittale dirigée

d'avant en arrière. Je tirai un instant dans l'axe de l'excavation pour rapprocher la tête du détroit inférieur, puis je relevai lentement les crochets en tirant modérément, et me rapprochant de plus en plus de l'axe du détroit inférieur. Ce seul mouvement suffit pour faire sortir la tête : le reste vint avec facilité. Le périnée fut peu entamé, quoique je n'eusse pu, comme d'ordinaire, laisser l'utérus vaincre seul la résistance des parties molles. La faiblesse était trop grande et la terminaison trop urgente pour me permettre d'ôter le forceps après avoir fait passer la tête hors du détroit inférieur.

L'enfant était mort et l'épiderme se détachait au moindre contact.

Délivrance facile : cependant affaiblissement graduellement augmenté, froid général, et, enfin, extinction de la vie environ trois heures après l'accouchement. — Traces de péritonite avec épanchement.

Plusieurs choses doivent fixer l'attention dans cette observation.

1°. Le caractère distinctif des douleurs utérines. — Durcissement ;

2°. L'inertie de l'utérus, malgré les dispositions locales les plus favorables. — Faiblesse et épuisement général ;

3°. La rotation opérée sans tour de main ;

4°. L'absence de tuméfaction à la peau du crâne. — Mort du fœtus ;

5°. La promptitude de la mort après l'accouchement, qu'il faut attribuer, 1° à l'épuisement maladif antérieur, 2° à la fatigue du travail, 3° à la perte du sang, quoique légère, que l'accouchement produit toujours, et 4° à la déplétion de l'abdomen et à la liberté subite de vaisseaux auparavant comprimés;

6°. Enfin, c'est encore une chose notable que l'existence d'une péritonite pendant la grossesse.

N° XVII.

1re Position. — *Forceps.*

Rotation par une seule branche.

Une femme sanguine et robuste, âgée de quarante ans, réglée depuis vingt, et enceinte pour la première fois, arriva le matin du 19 février 1811. Le toucher nous apprit que l'orifice utérin était ouvert de huit à dix lignes, quoiqu'épais et un peu dur; la tête du fœtus, élevée au-dessus de l'excavation, échappait au doigt explorateur. Douleurs faibles, dilatation lente de l'orifice, et complète seulement à dix heures du soir. La tête est alors dans le détroit supérieur; la suture sagittale obliquement dirigée, la fontanelle postérieure rapprochée du trou sous-pubien gauche, caractérisaient assez la première position du sommet.

8 février, à une heure, rupture des membra-

nes; la tête se plonge dans l'excavation pelvienne, et y reste immobile; elle se tuméfie. L'utérus est dans un état de contraction permanente, mais faible et insuffisante.

A huit heures du matin, l'art vient aider la nature. La branche gauche (femelle) du forceps est introduite en arrière sur le ligament sacro-sciatique droit, son extrémité avance obliquement jusque sous le trou sous-pubien droit et sur le pariétal droit du fœtus. Un léger effort, exercé sur cette branche pour faciliter l'entrée de l'autre, agit sur la tête et détermine sa rotation en conduisant le front vers le sacrum, etc. Alors la branche droite (mâle) est glissée sur le côté gauche du bassin et sur le pariétal gauche. De légères tractions, quelques inclinaisons latérales et alternativement dirigées d'un côté à l'autre, puis l'élévation des crochets, amènent la tête hors du détroit inférieur, en sorte qu'elle n'est plus retenue que par le périnée et les lèvres de la vulve. Chaque branche est alors séparément extraite, et la tête sort presque en même temps que la dernière. Après cela, elle reprend sa direction diagonale; les épaules traversent diagonalement le bassin, puis roulent au détroit inférieur, de manière à traverser la vulve d'avant en arrière. En un mot, le reste de l'extraction fut en tout semblable à l'expulsion naturelle. L'enfant, du sexe masculin, était faible; mais on l'a ranimé. Le cinquième jour, une ophthalmie purulente s'est montrée. Il a été porté aux Enfans-trouvés. La mère

a été prise, au deuxième jour de ses couches, des symptômes de la péritonite puerpérale; elle y a succombé le sixième jour, 14 février.

La facilité du mouvement rotatoire de la tête, qui fut opéré par une seule branche du forceps, mérite d'être remarquée; elle tient à deux causes: 1° à la tendance naturelle de la tête à ce mouvement-là; 2° à la tendance du forceps à se porter sur les côtés du bassin; tendance qui tient à sa forme et à ses courbures. On doit aussi tenir compte de la précaution que j'ai eue d'ôter le forceps après avoir mis la nature à même de se suffire seule. J'ai épargné ainsi le périnée, qui, chez une femme enceinte pour la première fois, courait des risques évidens.

N° XVIII.

1re Position du vertex. — *Forceps pour inertie utérine après rotation.*

Caroline N.....r, âgée de vingt ans, d'une constitution vigoureuse et enceinte pour la première fois, fut prise des premières douleurs puerpérales le 22 décembre 1816.

L'orifice utérin était en arrière et peu dilaté quand on l'examina: la tête s'offrait dans la première position.

Peu de douleurs, progrès lents. Ce ne fut que le 23, à dix heures du matin, que les membranes

se rompirent; la tête franchit l'orifice utérin, se plongea dans l'excavation et y exécuta sa rotation horizontale. Dès ce moment tout s'arrêta, et le soir je me vis forcée de mettre fin à un travail que la nature semblait ne devoir jamais terminer.

L'application du forceps fut simple et facile. Je commençai par la branche droite, afin de pouvoir passer la gauche au-dessus d'elle, de manière à introduire ensuite avec facilité le pivot de l'une dans la mortaise de l'autre.

Chaque branche glissa d'abord sur le ligament sacro-sciatique, puis sur la face interne de l'ischion. Elles se trouvèrent ainsi placées sur les côtés du bassin et sur les pariétaux du fœtus.

Quelques tractions directes ou latéralement inclinées amenèrent la tête à la vulve, c'est-à-dire hors du détroit inférieur. Je relevai alors les crochets du forceps au-dessus des pubis, et la tête exécuta par ce moyen l'extension nécessaire pour son dégagement complet.

Une légère hémorrhagie suivit l'accouchement : quelques faiblesses en furent les seuls effets ; elle se dissipa aisément par l'évacuation des caillots et l'application de linges humides et froids sur les cuisses et l'abdomen. Le placenta, en raison de sa masse, qui s'offrait centre pour centre à l'orifice, et de l'inertie de l'utérus, avait aussi nécessité l'introduction de la main.

Une rétention d'urine, causée par l'engorgement du col de la vessie, nécessita, pendant quelques

jours, l'emploi de la sonde : tout se rétablit alors, et Caroline N....r. sortit bien portante avec son enfant.

N° XIX.

1re Position. — *Forceps pour inertie utérine.*

La femme dont il s'agit ici était aussi enceinte pour la première fois et à terme.

Elle arriva le 15 novembre 1810, affectée depuis plusieurs jours d'une rétention d'urine. L'utérus était incliné à gauche et en avant ; l'orifice utérin, quoique mince et mou, était dirigé à droite et en arrière : l'utérus se contractait faiblement ; la tête du fœtus était à peine accessible au doigt.

16 *novembre matin.* L'orifice est tendu et rigide ; chaleur et sécheresse du vagin et des organes génitaux externes. (*Demi-bain.*) La dilatation s'opéra dans la nuit ; les membranes se rompirent, et pourtant la tête resta appuyée sur le détroit supérieur. L'obliquité de la matrice avait été corrigée par la situation de la femme, et la tête était dirigée, sans aucun doute, comme dans les cas les plus favorables : cependant point de douleurs, point de progrès.

17 *novembre.* Je me décidai enfin à tenter l'application du forceps. L'évacuation de l'eau me détournait de l'extraction manuelle. En conséquence, la tête étant présumée dans la 1re position, la branche droite fut glissée le long de la paroi postérieure et gauche du bassin, jusqu'au-dessus de la symphyse

sacro-iliaque gauche, et appliquée sur le pariétal gauche. La branche gauche marcha obliquement du ligament sacro-sciatique droit à l'éminence ilio-pectinée du même côté; mais la tête remonta par l'impulsion de cette branche; elle fut mal saisie; l'instrument glissa sur le crâne qu'il embrassait à peine, et descendit seul.

Une seconde application dans laquelle je commençai par la branche gauche, réussit mieux; mais la droite, arrêtée par la saillie sacro-vertébrale, ne put être placée que latéralement et fort peu en arrière, et quand j'articulai les branches, la gauche rétrograda sur le côté du bassin pour se mettre en rapport direct avec la droite (1). Il en résulta que la tête se trouva saisie obliquement par le frontal droit et la région mastoïdienne gauche, comme le démontrèrent les impressions qui restaient sur la peau du crâne. Cependant la tête descendit aisément, et franchit même ainsi le détroit inférieur. Le périnée seul la retenait encore quand j'ôtai le forceps : elle se tourna alors d'elle-même dans le sens longitudinal, et sortit, l'occiput en avant et le front en arrière. Rien du reste de remarquable. L'enfant pesait huit livres; il a donné quelques signes de vie qui ne se sont pas soutenus. La mère a été prise d'une péritonite dont on l'a guérie.

---

(1) La branche droite fut introduite *par-dessus* la gauche; il eût été trop difficile de la glisser par-dessous : le périnée en empêchait.

Voilà un de ces cas où j'ai tenté l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur. C'est un exemple des difficultés qu'on éprouve en pareil cas, soit pour saisir la tête par ses côtés, soit pour introduire convenablement les branches du forceps, relativement à la facilité de leur articulation. C'est une preuve de la facilité avec laquelle descend une tête saisie ainsi par un diamètre oblique ; c'est une preuve qu'en pareil cas une branche porte sur le front et non sur la face, à raison de l'inclinaison de la tête, inclinaison qui *diminue aussi le diamètre suivant lequel elle est saisie*. Enfin, c'est encore un exemple de l'utilité de l'extraction de l'instrument quand le détroit inférieur est franchi, puisque cette extraction permet à la rotation de s'exécuter, etc.

Cette observation est encore remarquable par rapport à l'immobilité de la tête retenue sans cause connue au détroit supérieur. C'aurait été pour bien des accoucheurs un cas d'enclavement ; et pourtant la rétropulsion de la tête dans la première tentative, et son extraction facile dans la deuxième, prouvent assez qu'elle n'était pas enclavée.

N° XX.

1re Position inclinée (bregmatique).—*Forceps pour inertie.*

Le sujet de cette observation fut une femme de vingt-quatre ans, forte, sanguine, habituellement bien portante, réglée depuis l'âge de vingt ans et enceinte pour la première fois. Elle arriva à l'hospice le 7 février 1812, grosse de neuf mois révolus.

L'orifice utérin avait huit à dix lignes de diamètre, il était dirigé en arrière et offrait une certaine épaisseur dans ses bords. La tête était difficilement sentie au-dessus du détroit supérieur, et sa direction ne pouvait être appréciée. Les membranes étaient entières et bombaient légèrement sous l'influence de douleurs faibles et éloignées; des glaires rougeâtres s'écoulaient du vagin. Cette femme avait commencé à souffrir dans la nuit, et la dilatation du cercle de l'orifice ne fut complète que vers les dix heures du soir. La tête en ce moment s'enfonça dans le bassin, et, devenue plus accessible, elle offrit au toucher tous les caractères de la première position. Le 8 février, à une heure du matin, les membranes s'ouvrirent, la tête s'abaissa, et, au lieu de se fléchir vers le thorax, elle sembla s'étendre et rapprocher la fontanelle antérieure de la partie inférieure du bassin. Dès-lors

elle n'avança plus ; la peau du crâne se tuméfia par degrés sur le point correspondant au vide de l'orifice et de l'arcade pubienne. Cette partie était la moitié postérieure du pariétal droit. C'est cette tumeur qui aurait pu en imposer après coup comme elle en a imposé à Levret (*Accouch. laborieux*, pag. 125), et faire croire, comme il l'a cru, que la tête s'était présentée *inclinée* au bassin, et le pariétal au centre. On trouve la même erreur dans un Mémoire inséré dans le *Journal complémentaire du Dict. des Sciences médicales*, cahier de mars 1821. Un travail si long et si lent devenait inquiétant par rapport à l'enfant, alors immédiatement pressé par l'utérus vide d'eau. Cet état de constriction continuelle, quoiqu'insuffisant pour l'expulsion, pouvait néanmoins, à la longue, agir sur lui d'une manière funeste, et la tête était tellement basse qu'il ne restait plus qu'une indication : c'était de suppléer à la faiblesse de l'utérus par le moyen du forceps.

La branche gauche fut, comme d'ordinaire, glissée en premier lieu ; elle marcha en spirale du ligament sacro-sciatique au trou sous-pubien droit. La branche droite s'enfonça directement devant l'échancrure sciatique gauche. La tête était saisie par les pariétaux et les joues. Les crochets, inclinés à gauche de la mère, furent ramenés doucement entre les cuisses ; en même temps une torsion et une élévation légères, combinées avec des tractions convenables, déterminaient à la fois la rotation et l'avancement de la tête. L'élévation presque seule

des crochets dégagea des tubérosités sciatiques les bosses pariétales; le périnée bombait poussé par le front : j'enlevai l'instrument et la nature fit le reste.

L'enfant, d'abord faible, mais bientôt ranimé, pesait sept livres.

Dès le lendemain de l'accouchement la fièvre et les douleurs de la péritonite s'emparèrent de la malade, et elle y succomba le sixième jour, 14 février.

N° XXI.

1re Position. — *Forceps nécessité par l'inertie de l'utérus.*

Tête dans l'excavation; rotation artificielle.

Une fille âgée de vingt-deux ans entra à l'hospice le 16 juillet 1809 : elle était au neuvième mois de sa première grossesse.

A quatre heures du soir, nul signe de travail puerpéral. A six heures, premières douleurs; progrès rapides du travail, et tels qu'à minuit la dilatation de l'orifice externe de l'utérus est complète; les membranes se rompent, l'eau s'évacue, et la tête est sentie placée au détroit supérieur dans la première position. C'est dans cette même position qu'elle descendit lentement dans l'excavation du bassin; elle y était à sept heures du matin, le 17 juillet; elle y était encore sans aucun changement à midi :

seulement la peau du crâne était tuméfiée et les contractions utérines presque nulles. *Un bain de siége* ne produisit pas le moindre effet; les douleurs cessèrent complètement, et à quatre heures du soir, on se décida à appliquer le forceps.

Cette opération fut exécutée de la même manière que dans les observations précédentes; mais les branches de l'instrument purent être réunies sans efforts et sans changer la direction de la tête. Les crochets du forceps étaient rapprochés de la cuisse gauche, et leur grand diamètre croisait obliquement la longueur de la vulve. Un léger mouvement les ramena entre les deux cuisses, et fit croiser, à angle droit, leur grand diamètre avec la longueur de la vulve. Ce mouvement fit rouler la tête sur son axe, et amena l'occiput dans l'arcade des pubis *sans aucune traction*. Il suffit alors d'une traction légère, combinée avec l'élévation des crochets. On les ramena presqu'au-dessus de la symphyse des pubis, et l'on fit ainsi exécuter à la tête un mouvement d'extension, par lequel les divers points compris entre la fontanelle postérieure et le menton glissèrent successivement sur le bord antérieur du périnée.

Plusieurs mains, appuyées les unes sur les autres, garantissaient cette partie et empêchaient sa rupture. Le reste de l'extraction, comme aussi celle du placenta, fut des plus faciles.

L'enfant était faible; il pesait cinq livres; les secours qu'on lui prodigua l'avaient d'abord rappelé à la vie; mais il s'affaiblit ensuite peu à peu,

et mourut neuf heures après sa naissance. C'était une fille.

Ici, comme on voit, la tête était assez descendue pour qu'un simple mouvement de rotation amenât l'occiput sous la symphyse pubienne, ou, ce qui est la même chose, dans l'arcade ainsi nommée : cependant cette rotation n'a pu être opérée que par les deux branches réunies. Pour cet effet je n'ai point exécuté le grand mouvement de levier indiqué par Baudelocque ; mais une torsion légère m'a suffi, et elle a conduit à la fois et sans effort la tête et l'instrument.

La branche gauche devant être placée en avant et suivre une marche assez longue, a été introduite la première ; la droite a été glissée directement en arrière : on a pu la glisser *sous* la précédente, de sorte que l'articulation a été très-facile ; mais il est des cas où on se voit forcé de faire passer la branche droite *au-dessus* de la poignée de la branche gauche : c'est ce qui arrive souvent dans les premiers accouchemens, où la vulve est étroite et le périnée rapproché des pubis. Dans ces cas, pour pouvoir articuler les branches introduites, il faut les décroiser et faire passer le crochet de la droite sous celui de la gauche, mouvement toujours douloureux et souvent difficile, à moins qu'on n'opère avec lenteur et ménagement. (*Voyez* le premier Mémoire.)

N° XXII.

1re Position. — *Forceps pour inertie et obliquité utérine.*

Tête au détroit supérieur.

Une femme de vingt ans, d'une constitution moyenne, enceinte pour la première fois et arrivée à la fin de sa grossesse, commença à souffrir de douleurs utérines le 1er décembre, vers le milieu du jour. Le soir, on trouva l'orifice utérin dilaté d'environ dix-huit lignes, dirigé en arrière, mince et souple. L'utérus lui-même, extraordinairement développé, tombait en avant, à tel point que dans la station verticale, la peau de l'abdomen s'appliquait sur le devant des cuisses. Peu de contractions et contractions faibles, et pourtant saillie et tension des membranes, et difficulté extrême de sentir la tête du fœtus, même après avoir corrigé l'obliquité utérine par la supination.

J'attendis patiemment l'ouverture des membranes, décidée à prendre conseil des événemens, et à aller chercher les pieds si la tête ne franchissait pas le détroit abdominal. Dans la nuit elles se rompirent, mais non vis-à-vis l'orifice : il en résulta une évacuation lente du liquide de l'amnios, et on ne s'en aperçut que lorsque la matrice en fut tout-à-fait vide. Il n'en restait plus que dans la portion des membranes subjacente à la tête du fœtus. Celle-ci était restée dans

le détroit supérieur ; on pouvait la toucher plus aisément ; je pus même parcourir du doigt deux sutures réunies vers le centre du bassin et divergeant l'une vers le pubis, l'autre vers l'ilium gauche. C'étaient les deux branches de la suture lambdoïde, et la tête était dans la 1re position.

Quelques progrès qu'elle parut en ce moment faire vers l'intérieur du bassin m'empêchèrent d'agir ; mais bientôt suspendus, ils firent place à une immobilité absolue.

Je voulus tenter l'application du forceps, et trouvant moins d'espace en arrière et à gauche qu'en avant et à droite, je commençai l'opération par l'introduction de la branche droite, la gauche entra ensuite sans difficulté : je les plaçai aussi *diagonalement* que possible, et je réussis plus facilement que je ne m'y attendais à saisir la tête par ses côtés. Cette facilité était due sans doute à la largeur du bassin, et cette largeur rend plus étonnante l'immobilité de la tête. Dois-je dire que les doigts de la main opposée à celle qui opérait l'introduction avaient conduit la cuiller et protégé les bords de l'orifice utérin ?

J'attirai sans peine la tête dans l'excavation du bassin en lui conservant son obliquité. Quand elle fut assez basse, je relevai lentement les branches du forceps et sans torsion, sans efforts ; je sentis et l'instrument et la tête rouler presque spontanément et conduire l'occiput dans l'arcade pubienne.

Dès que les organes génitaux externes furent

distendus par la tête, qui avait franchi le détroit inférieur; j'ôtai le forceps, et elle sortit sans efforts considérables. L'enfant était gros; il s'est promptement ranimé.

La mère a eu une fièvre gastrique très-bénigne.

Il me semble bien difficile de déterminer la cause qui retenait la tête au détroit supérieur; elle vint si facilement et fut si aisément prise, qu'on ne peut soupçonner une mauvaise position. L'obliquité avait été corrigée et ne pouvait plus s'opposer aux efforts de l'utérus; les membranes étaient rompues; le bassin était bien fait. Cette observation est intéressante, surtout à cause de la régularité de l'application du forceps et des manœuvres ultérieures.

N° XXIII.

TROIS EXEMPLES DE 1re POSITION AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Forceps pour lenteur du travail.

Dans le premier mois de l'année 1819, trois femmes se présentèrent successivement, à quelques semaines de distance, et à-peu-près dans les mêmes circonstances que la précédente: seulement chez deux d'entre elles, la tête occupait le haut de l'excavation du bassin. Chez toutes trois, l'application du forceps fut tentée avec toutes les précautions imaginables. Chez deux d'entre elles, la branche gauche d'abord introduite fut retirée et réintroduite

après la droite. Eh bien ! chez toutes trois, la branche premièrement entrée empêchait de placer l'autre convenablement. Avait-on placé la gauche sous le trou ovalaire droit, la droite était arrêtée par le haut du sacrum ; avait-on glissé la droite vers la symphyse sacro-iliaque gauche, la gauche ne pouvait plus avancer au-delà du bord mousse de l'ilium. Dans les trois cas, en articulant les branches placées tant bien que mal, elles se sont logées comme spontanément *sur les côtés du bassin*, et la tête s'est trouvée prise *entre le frontal droit et la région mastoïdienne gauche*. La tête a eu un peu de peine à descendre ; mais, parvenue dans le détroit inférieur et débarrassée du forceps, *elle a roulé spontanément* et est sortie comme dans les cas d'accouchement naturel. Je pourrais citer bien d'autres exemples semblables ; mais ceux-ci, d'ailleurs plus récens, m'ont frappée davantage par leur rapprochement même.

Cette tendance qu'a le forceps à se réduire sur les côtés du bassin me rappelle une chose que j'ai dite dans le deuxième Mémoire au sujet des causes des positions du vertex. Je me demandais si les psoas offraient assez de résistance, et s'ils rétrécissaient assez le détroit supérieur pour rendre raison de la direction diagonale qu'affecte si souvent le vertex. Le contraire semble confirmé par ce qui arrive au forceps. D'où vient qu'il n'a pas de tendance à prendre la direction diagonale ? pourquoi les psoas

ne le forcent-ils pas à mettre son grand diamètre en rapport avec un des diamètres obliques du détroit? Je sais bien que la courbure des cuillers doit tendre à s'accommoder à celle de l'excavation; mais cela infirme-t-il mes objections? Au reste, il ne faut pas croire que j'y attache beaucoup d'importance: cependant il ne faut rien négliger; les petites choses mènent aux grandes, et le temps fait quelquefois fructifier les remarques en apparences les plus stériles.

N° XXIV.

1re Position.—*Forceps pour inertie après rotation.*

Dégagement difficile des épaules.

La femme avait vingt ans; elle était forte et sanguine, réglée depuis l'âge de quatorze ans, trois jours chaque mois. Elle arriva à l'hospice *le 8 août*, à minuit. On procéda au toucher, et on trouva l'orifice ouvert de dix à douze lignes, dirigé à gauche, souple, mais épais à son bord; la poche de l'eau bombait et empêchait de bien sentir la tête, qui, d'ailleurs, était fort élevée. Les douleurs étaient fortes et soutenues. A huit heures du matin vingt-quatre lignes de dilatation; à dix heures rupture subite des membranes: la tête reste haute, mais on reconnaît la première position: douleurs graduellement affaiblies. A trois heures seulement, la tête est dans l'excavation; elle a franchi l'orifice et

lentement elle exécute sa rotation horizontale. Dès-lors suspension des douleurs, immobilité de la tête; bientôt même vomissemens bilieux, crampes à la partie antérieure de la cuisse gauche. A dix heures du soir application du forceps. Rien de plus simple que son application; les deux branches entrèrent naturellement sur les côtés du bassin et de la tête, en mettant leur courbure en rapport avec celle de l'excavation. Le forceps étant appliqué, je commençai par tirer un peu pour enfoncer l'occiput dans l'arcade; puis relevant les crochets, j'achevai l'extraction de la tête.

La face, au lieu de se tourner alors vers la cuisse droite, resta tout-à-fait en arrière : ce qui indiquait que les épaules s'offraient transversalement au détroit inférieur. En effet, le tronc résistait beaucoup, et je ne voulus pas exercer sur la tête de trop violens efforts. J'introduisis l'index de la main droite vers la partie postérieure de l'aisselle gauche et je dirigeai l'épaule vers le sacrum : elle était alors trop élevée pour que je pusse aisément agir sur elle. Le même doigt alla donc saisir l'aisselle droite derrière les pubis, et, en la forçant à descendre, imprima à la totalité du tronc un mouvement dans le même sens, lequel fut suivi de la sortie générale. Suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.

Vous remarquerez qu'en tirant sur l'épaule qui se trouvait derrière les pubis, j'ai fait avancer la

totalité du tronc autant que j'ai abaissé l'épaule. En tirant sur celle qui est en arrière, on lui fait parcourir beaucoup de chemin dans la courbure du sacrum, tandis que les parties situées en avant du bassin restent immobiles (*Voyez*-en les raisons dans le premier Mémoire.)

N° XXV.

1re Position devenue transversale.—*Forceps pour suspension du travail.*

Thérèse B......s fut accouchée au moyen du forceps, le 4 messidor an 12. Son enfant s'était présenté dans la première position du vertex. Tout allait bien jusqu'à ce que la tête fût descendue dans l'excavation ; là, elle s'arrêta, et, au lieu de rouler de manière à conduire le front dans la courbure du sacrum, etc., on le sentit s'avancer lentement au-dessus de la tubérosité sciatique droite. La suture sagittale un peu plus basse vers la fontanelle postérieure que vers l'antérieure, traversait le détroit inférieur d'un côté à l'autre. Après ce changement, la tête resta immobile et les douleurs cessèrent. Le travail durait depuis vingt-quatre heures, et j'y voulus mettre un terme. Le forceps fut appliqué suivant les règles ordinaires, la branche gauche le plus en devant et la droite le plus en arrière qu'il fut possible. En imprimant à l'instrument une torsion légère, en tirant un peu en avant et relevant en

même temps les crochets, je fis retourner le front en arrière, j'enfonçai l'occiput dans l'arcade; puis relevant les crochets davantage encore, j'achevai l'extraction de la tête, etc.

L'enfant vivait : c'était un garçon de sept livres moins un quart. Après l'accouchement, j'examinai le bassin; mais je ne pus distinguer dans sa conformation ni dans ses dimensions rien qui expliquât l'irrégularité de la marche de la tête.

Thérèse B......s a été prise de péritonite et a succombé le 13 messidor.

La tête de l'enfant fut saisie presque tout-à-fait d'un côté à l'autre; une branche porta vers la tempe et l'autre un peu derrière l'oreille. Il n'avait pas été possible de placer la branche droite *absolument* en arrière; la courbure du sacrum, plus prononcée que celle de la cuiller, ne pouvait la recevoir. Plus facilement on aurait mis la branche gauche absolument sous la symphyse pubienne.

N° XXVI.

1re Position inclinée (bregmatique).—*Forceps pour inertie.*

N. Bal., âgée de vingt-deux ans, lymphatique en apparence et de constitution faible, était réglée depuis l'âge de quinze ans et sans périodicité. Le rachitisme dont elle avait été entachée dans son enfance n'avait déformé que le rachis.

Enceinte pour la première fois et à terme, elle entra à l'hospice le 16 septembre à six heures du soir. Elle souffrait depuis long-temps, et les membranes étaient rompues. La tête, logée dans l'excavation, avait franchi l'orifice; elle y était lentement arrivée, et y séjournait depuis six heures: elle était placée dans la première position; mais la fontanelle antérieure se rapprochait du centre et était plus basse que la postérieure. Point de douleurs; application du forceps.

Je commençai par la branche gauche : introduction en arrière, mouvement spiral en avant, fixation sur le pariétal droit. La droite marcha ensuite directement devant l'échancrure sciatique gauche; fixation sur le pariétal gauche; articulation des branches; tractions en bas pour enfoncer la tête dans l'excavation; élévation des crochets ramenés de gauche en devant pour faire rouler la tête; traction en avant pour enfoncer l'occiput dans l'arcade; enfin, élévation complète des crochets avec tractions légères pour produire le dégagement du front et de la face, telle fut la série des manœuvres qui furent exécutées. Suites heureuses pour l'enfant, qui pesait cinq livres.

La mère, délivrée spontanément, a été prise de la péritonite le troisième jour après l'accouchement. Le vomitif et les laxatifs ont fait avorter l'inflammation déjà commencée, et la sécrétion du lait est survenue le cinquième jour. Dès-lors pleine convalescence; sortie de l'accouchée le 26 septembre.

Les divers mouvemens énoncés tout-à-l'heure furent lents et gradués, et plusieurs combinés ensemble : c'est ainsi que le mouvement qui éleva les crochets de gauche en devant fut combiné avec des tractions ménagées, soutenues et toujours opérées sans secousses.

N° XXVII.

1re Position inclinée (6e variété, pariétale).— *Forceps.*

En juin 1812, arriva à l'hospice une femme en travail depuis trois jours à-peu-près. Elle en était à son deuxième enfant; les membranes étaient rompues depuis douze heures, les douleurs nulles et la tête au niveau du détroit supérieur. La personne à qui elle s'était confiée n'avait osé se charger de l'affaire, et nous l'envoyait pour s'en débarrasser.

La tête était couverte d'une tumeur considérable, et il fallut introduire plusieurs doigts dans le vagin pour bien reconnaître la position. L'oreille droite fut le principal signe : elle était facilement atteinte au-dessous du trou sous-pubien droit, et un peu éloignée du contour de l'excavation. De là je conjecturai que le front était à droite et un peu en arrière, et l'occiput à gauche et un peu en avant; que la suture sagittale était inclinée vers la courbure du sacrum, et qu'enfin la bosse pariétale

droite, recouverte par la tumeur, occupait à-peu-près le centre du bassin.

Point d'obliquité utérine bien marquée. L'utérus, contracté et moulé sur l'enfant au point de rendre ses diverses parties obscurément reconnaissables à travers les parois de l'abdomen, rendait la version fort difficile et surtout fort dangereuse : sa rupture eût été trop à craindre, et la recherche des pieds trop pénible. Je m'arrêtai à l'application du forceps.

La branche gauche pénétra, par la spirale ordinaire, jusque sous le pubis droit, et jusqu'à appuyer, par son extrémité, au-delà du lobule de l'oreille droite du fœtus ; la droite, poussée en arrière, pénétra bien plus avant ; mais il fallut qu'elle redescendît pour s'articuler avec la première, qui, heurtant contre le haut du col, ne pouvait s'élever autant qu'elle. La tête se trouva donc prise *entre la région parotidienne d'un côté, et la bosse pariétale de l'autre côté* : aussi, aux premières tractions, le forceps glissa. Je le réappliquai, et il glissa encore. Je pris le parti de placer chaque cuiller sur les côtés du bassin, et cet expédient me réussit : la tête, il est vrai, fut prise *entre la région occipito-mastoïdienne gauche et le frontal droit* ; mais elle offrit une prise solide, et suivit l'instrument jusqu'à faire bomber fortement le périnée.

Le forceps fut extrait, et la femme, violemment excitée par la présence de la tête aux parties extérieures, se livra à des efforts vigoureux, qui déter-

minèrent une rotation telle, que l'occiput vint tomber dans l'arcade pubienne. Bientôt après la tête sortit par le mouvement d'extension ordinaire. *Ce ne fut qu'en sortant de la vulve qu'elle se redressa;* car le pariétal droit sortit avant le gauche. L'enfant a vécu, chose remarquable après un si long travail. Il portait sur la *totalité du pariétal et sur la tempe droite* une tumeur sanguine très-volumineuse, dont le centre offrait de la fluctuation : cette tumeur a disparu sous l'emploi des résolutifs. La mère a été, peu après, frappée par la péritonite : elle a guéri; mais la convalescence a été lente et pénible.

La cause qui a produit l'inclinaison de la tête est assez difficile à déterminer; le bassin paraissait bien fait; mais peut-être son angle sacro-vertébral était-il plus proéminent que de coutume, et peut-être cette femme était-elle de celles qu'on nomme *ensellées;* peut-être aussi y avait-il eu, dans le principe, une obliquité antérieure de l'utérus.

On doit remarquer la disposition de l'oreille qui m'a servi à établir mon diagnostic : elle n'était pas, à beaucoup près, au centre du détroit; elle n'était pas non plus appuyée sur son bord, mais elle en était voisine.

Quant à l'application du forceps, tout ce que j'en pourrais dire se trouve détaillé dans le deuxième Mémoire, et j'y renverrai le lecteur.

N° XXVIII.

1re Position inclinée (6e variété, pariétale).— *Forceps.*

La nommée L...ge, âgée de vingt-quatre ans, saine et robuste, fut admise à la maison d'accouchement vers le neuvième mois de sa grossesse : peu après elle commença à souffrir.

Déjà le travail avait duré vingt-quatre heures ; déjà douze heures s'étaient écoulées depuis l'évacuation de l'eau de l'amnios. Cette lenteur, ce retard extraordinaires attirèrent mon attention, et je touchai cette femme avec plus de soin qu'on n'avait fait jusqu'alors.

25 décembre matin. Je trouvai la tête descendue *dans l'excavation du bassin sans avoir encore franchi l'orifice*, quoiqu'il fût dilaté. L'oreille droite était accessible au toucher et reconnaissable derrière le trou ovalaire droit : *la bosse pariétale du même côté occupait presque le centre du bassin ;* elle était recouverte par une tumeur sanguine ; le vertex était tourné vers la partie inférieure du sacrum dont la concavité était par en haut en rapport avec le frontal et le pariétal gauche.

La tête était donc dans la première position, mais inclinée vers l'épaule gauche. Les phénomènes antécédens expliquaient assez cette position et confirmaient mon diagnostic. En effet, cette femme avait

en une obliquité antéro-latérale droite très-considérable, et le décubitus sur le dos ne l'avait diminuée que lentement et à mesure que le travail avait marché et poussé en bas le fœtus. La tête avait donc pu s'engager obliquement d'après le mécanisme indiqué par Deventer.

Ainsi placée, la tête ne pouvait descendre davantage ni rouler horizontalement. Elle s'abaissait un peu à chaque douleur et s'élevait ensuite. Cette raison rendait l'oreille plus facile à toucher *immédiatement après* la douleur : *pendant* la douleur elle était pressée contre les parois du bassin.

Je résolus dès-lors d'appliquer le forceps; mais avant j'aperçus une bride charnue, de la grosseur d'une plume, attachée par une extrémité dans la fosse naviculaire, par l'autre au voisinage de l'urètre, et libre au côté droit de la vulve : elle fut excisée.

Pour l'instruction des élèves, je voulus aussi faire quelques tentatives pour redresser cette tête. Je la saisis avec la main gauche en supination, et je tâchai de ramener le vertex dans l'axe de l'excavation. Ce fut en vain, comme je m'y étais attendue.

Je commençai par introduire la branche droite en arrière et à gauche; je craignais qu'en plaçant l'autre d'abord, la tête ne s'appliquât contre le sacrum, etc., de manière à intercepter tout passage de ce côté.

La branche gauche mise en avant ne put s'enfoncer beaucoup : le col du fœtus l'arrêtait. En

cherchant à l'articuler avec l'autre, je la sentis glisser vers le côté du bassin, et l'autre l'avança aussi vers le côté opposé. En conséquence la gauche porta *sur le frontal et la joue droite*, et la droite *sur la suture lambdoïde gauche*. La tête vint assez aisément à la vulve. Quand je vis saillir l'anus et le périnée, j'ôtai l'instrument. L'occiput se porta seul dans l'arcade pubienne, et la tête sortit, quoiqu'encore inclinée, de sorte que le pariétal droit précédait le reste. L'enfant était gros : quoique pâle et faible, il a vécu. Dans les premiers instans, il était violet et pléthorique. On lui a laissé perdre quelques cuillerées de sang (deux ou trois) par les artères ombilicales.

L'inclinaison de la tête fut cause qu'une des cuillers porta sur la face; dans les positions franches, à cette période du travail, jamais elles ne vont au-delà du front. Au reste, il n'en résulta aucun désordre notable.

N° XXIX.

1re Position inclinée (pariétal droit).— *Forceps pour étroitesse du bassin.*

Cette femme, nommée L....de, arrivée le 1er mars 1818 à l'hospice, n'avait que trois pouces et demi de diamètre sacro-pubien au détroit supérieur. L'enfant, qui était un garçon de volume ordinaire, paraît s'être présenté d'abord comme dans la première position du vertex. L'angle sacro-vertébral a arrêté le sommet, et la tête s'est inclinée.

Aussi, à son arrivée, trouvâmes-nous le pariétal droit au centre du détroit supérieur, la fontanelle antérieure en arrière et à droite, la postérieure à gauche et moins en arrière, la suture sagittale tout-à-fait sur le sacrum.

Le forceps fut appliqué sur les côtés du bassin : je tâchai pourtant d'amener la branche gauche un peu en avant et la droite un peu en arrière. L'extraction fut difficile : quand elle fut achevée, nous trouvâmes sur le frontal gauche une dépression profonde due à l'angle sacro-vertébral. Le forceps avait porté *sur la tempe et le frontal droits et sur la suture lambdoïde gauche*. L'enfant a vécu quelques instans, puis il est mort. La mère s'est rétablie.

Le frontal gauche du fœtus était fracturé avec esquilles et enfoncé; le péricrâne et la méninge étaient séparés par un grande quantité de sang visqueux, noir et liquide.

La difformité du bassin est bien évidemment ici la cause de la déviation du vertex et de la difficulté de l'extraction. Le forceps fut appliqué à-peu-près d'un côté à l'autre relativement au bassin; la difformité eût contrarié toute tentative d'application diagonale ou antéro-postérieure.

N° XXX.

2e Position. — *Forceps pour inertie.*

Tête au détroit supérieur.

Réglée depuis l'âge de dix-huit ans, sanguine et robuste, Marianne R.... entra à l'hospice le 12 février, à une heure du matin. Elle était enceinte pour la première fois, et grosse de neuf mois révolus. Elle souffrait depuis quelques heures; le col de l'utérus était développé et confondu avec le corps en une seule et même cavité; son orifice commençait à se dilater; les membranes bombaient et ne laissaient sentir qu'avec peine la tête du fœtus. Je recommandai aux élèves de s'abstenir du toucher, afin de conserver les membranes jusqu'à dilatation complète. Elle l'était à dix heures, et les membranes s'ouvrirent spontanément.

On put alors reconnaître la position du fœtus : il était dans la deuxième du vertex, et la tête restait au détroit supérieur. Elle ne fit que s'y engager un peu; bientôt l'utérus se moula sur le corps de l'enfant, et cessa d'agir autrement que par cette constriction permanente; la peau du crâne se tuméfia de plus en plus; le vagin et la vulve se desséchèrent et s'échauffèrent. *Un demi-bain* donné pendant la nuit ne changea rien à l'état des choses.

Le lendemain (13 février), à neuf heures du matin, j'appliquai le forceps.

Auparavant *douze sangsues* furent apposées sous la mâchoire pour dissiper la céphalalgie dont se plaignait M. R....., et on la plongea de nouveau dans un *bain tiède*.

La branche droite fut d'abord glissée derrière l'éminence ilio-pectinée gauche. La gauche devait pénétrer devant la symphyse sacro-iliaque droite; mais la tête, engagée dans le détroit et poussée en arrière et à droite par la première branche, ne permit point à la dernière de pénétrer de prime-abord: cependant, au moyen d'une légère inclinaison en avant, cette branche parvint à s'enfoncer quoiqu'un peu trop latéralement; le même mouvement fit rétrograder la branche droite vers le côté gauche du bassin, en sorte qu'après leur articulation, les cuillers avaient saisi la tête du frontal gauche à la région mastoïdienne droite: l'examen du fœtus après sa naissance nous en fournit la preuve. Malgré cette irrégularité dans l'application du forceps, elle eut tout le succès qu'on en pouvait désirer. La tête descendit en suivant les axes des détroits et de l'excavation, et fit bientôt saillir l'anus, le périnée et la vulve. Elle était toujours diagonale; j'ôtai donc le forceps: elle roula horizontalement comme dans l'accouchement naturel, et sortit bientôt de la vulve poussée par quelques efforts de la femme. Les branches du forceps, quoique très-écartées, avaient été peu serrées; elles avaient laissé une impression légère sur les parties ci-dessus indiquées. L'enfant pesait six livres et demie; il a été facilement ranimé; mais

dans la journée il a eu quelques convulsions : *trois sangsues* au cou l'ont tiré d'affaire, et sa mère l'a emporté sain et sauf.

J'ai parlé ailleurs de la constriction permanente, mais faible de l'utérus ; j'ai dit qu'elle pouvait coexister avec une inertie réelle : on vient d'en avoir la preuve. Cette inertie était la cause de l'immobilité de la tête ; mais elle n'était pas la seule sans doute ; car une tête bien dirigée dans la 2ᵉ position devrait descendre presque spontanément. La hauteur à laquelle était la tête ne permettait pas d'user du mouvement en spirale. La première branche fut introduite d'abord sur le côté, puis ramenée le plus en devant possible. On a vu que ce dernier mouvement avait été bientôt rendu inutile par une rétrogression forcée.

N° XXXI.

2ᵉ Position. — *Forceps pour inertie utérine.*

Il s'agit ici d'une femme de dix-neuf ans, pâle et lymphatique, mais bien portante, réglée peu abondamment et sans périodicité depuis sa quatorzième année, enceinte pour la deuxième fois et à terme.

Elle sentit quelques épreintes le 25 septembre à six heures du matin : à huit elle se trouva tout-à-coup inondée par la rupture subite des membranes. Elle monta sur-le-champ à la salle des accouche-

mens et fut soumise à l'examen des élèves de service. L'orifice, dirigé en arrière, très-épais, mais souple, était dilaté de dix à douze lignes. La tête du fœtus était au détroit supérieur, et chaque douleur la poussant contre l'orifice, suspendait l'écoulement d'eau qui durait encore. L'orifice se dilata lentement, et la tête, à deux heures, descendit dans l'excavation du bassin. Alors suspension des douleurs : seulement un brisement insupportable dans la région lombaire arrache des plaintes à la femme; mais l'utérus est inerte : quelques vomissemens bilieux ajoutent encore au malaise.

Le soir, vers onze heures, la matrice sort de son apathie; elle se contracte, et la tête achève d'en franchir l'orifice. Pendant la nuit elle descend davantage et paraît à la vulve au moment des douleurs les plus fortes. On confirme alors l'existence de la seconde position déjà reconnue, et on trouve, malgré la tumeur, la suture sagittale encore diagonale.

Le 26 au matin, nouvelle inertie, soif, malaise général, mouvement febrile du pouls. Le forceps était indiqué, il fut appliqué.

La branche droite fut placée avec les précautions ordinaires sous le trou sous-pubien gauche; la gauche sur le ligament sacro-sciatique droit. Les branches réunies, je tournai, par un mouvement de torsion combiné avec l'élévation des crochets de droite en devant, la concavité des bords du forceps vers l'arcade pubienne, et j'y enfonçai l'occiput.

Après cela, des tractions dans l'axe du détroit inférieur et de la vulve, aidées de quelques inclinaisons latérales et alternatives, suffirent pour produire l'extension et la sortie de la tête.

Le périnée, bien soutenu, ne reçut qu'un léger dommage : le tronc ne sortait pas et il fallut introduire un doigt pour accrocher l'aisselle, qui restait en arrière. En ce moment on oublia de soutenir le périnée; la main de l'enfant était voisine de l'épaule, et, au moment où le coude ployé s'échappait de la vulve, le périnée fut largement échancré : heureusement l'anus fut intact.

L'enfant était livide et pesait huit livres. On laissa saigner quelque temps le cordon ombilical, et il fut bientôt ranimé. *Beaucoup d'eau* s'échappa après lui, et une hémorrhagie suivit la délivrance : elle fut considérable, mais enfin heureusement arrêtée.

L'hémorrhagie est un *effet* incontestable de l'inertie qui s'est prolongée après l'accouchement. La grande quantité d'eau que contint l'utérus jusqu'au dernier moment pourrait peut-être être regardée comme *la cause* de l'inertie. Cette question sera discutée ailleurs. La lésion du périnée mérite quelqu'attention. C'est surtout quand le bras, placé en arrière, est ployé et sort en double, que l'on a à craindre la rupture secondaire, pour peu surtout que la tête ait déjà endommagé les parties. (*Voyez* le deuxième Mémoire.)

N° XXXII.

2e Position.—*Forceps.*

Bassin étroit.

La femme qui fournit le sujet de cette observation était dans sa trentième année, faible et lymphatique, mal portante et jadis rachitique, arrivée à la fin de sa première grossesse.

Le 1er février, à minuit, premières épreintes : trois heures après elle s'achemina vers l'hospice. L'orifice utérin, épais et dur, n'était dilaté que de cinq à six lignes : à peine sentait-on la tête ; mais ce qu'on ne sentait que trop bien, c'était la saillie sacro-vertébrale. Le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal fut estimé avoir trois pouces et un quart d'étendue. L'orifice resta dur et étroit, la tête haute et les membranes tendues jusqu'au 3 février. Nul avantage n'était résulté de l'emploi *des demi-bains.* L'urine avait distendu la vessie, et s'écoulait de temps à autre sans la volonté de la malade ; elle-même était brisée de fatigue, et elle vomit plusieurs fois des matières visqueuses et verdâtres.

Vers sept heures du matin (3 février), rupture des membranes au-dessus de l'orifice utérin ; évacuation lente de l'eau de l'amnios, sans déplétion d'abord remarquable de la poche membraneuse. Après quelque temps la tête s'engage dans le détroit supérieur, et on lui reconnaît la deuxième position. Vers midi, la dilatation du cercle utéro-

vaginal se complète, probablement aux dépens de l'intégrité de ses fibres ; car, resté dur jusqu'alors, ce cercle offrit ensuite, en avant, des inégalités sensibles. La tête descendit de plus en plus, occupa l'excavation du bassin, et resta là, retenue par la résistance des parties extérieures : elles étaient peu dilatables, sèches et tuméfiées. (*Un quatrième demi-bain.*) Les mouvemens de l'enfant n'étaient plus sensibles ; le méconium coulait en abondance du vagin, et les douleurs avaient disparu : il fallait se résoudre à terminer l'accouchement, et j'appliquai le forceps à huit heures du soir.

La branche droite fut conduite sous le trou sous-pubien gauche en suivant la spirale ordinaire ; la branche gauche fut ensuite glissée devant l'échancrure sciatique droite ; toutes deux furent réunies et embrassèrent la tête en appuyant sur les pariétaux. Je voulus imprimer à la tête la rotation horizontale destinée à conduire l'occiput dans l'arcade pubienne ; mais l'instrument, peu serré, céda d'abord seul à l'effort de torsion ; ses cuillers devinrent latérales, et la tête ne roula qu'imparfaitement : cependant son extraction fut des plus faciles.

L'enfant n'a donné que quelques signes de vie, et tous les secours qu'on lui a prodigués ont été infructueux : il pesait cinq livres un quart.

La mère s'est promptement relevée, et pourtant l'orifice utérin offrait, immédiatement après l'accouchement, à sa partie antérieure, une longue échancrure dont les angles flottaient dans le vagin.

La faiblesse de l'enfant était assez annoncée par la cessation de ses mouvemens appréciables et par l'écoulement du méconium ; mais ce n'était point là des signes de mort certaine, puisque, après sa naissance, il a donné quelques signes de vie. La longueur du travail et la pression de l'utérus ainsi que le trouble de la circulation placentale qui en est l'effet immédiat, sont les causes non équivoques de la mort de l'enfant ; il était violacé et pléthorique ; le sang a coulé un instant, par jets, du cordon ombilical ; mais toute pulsation a promptement cessé, et l'insufflation a été inutile.

On remarquera la tentative infructueuse que j'ai faite pour produire la rotation horizontale par le procédé vulgaire : heureusement cela n'a pas eu de suites fâcheuses.

N° XXXIII.

2e Position intermédiaire (1re variété, presque transversale). — *Forceps pour faiblesse de la mère et inertie utérine.*

Dégagement irrégulier du tronc.

La nommée G....t, âgée de vingt-sept ans, pâle, faible et mal portante, enceinte de son premier enfant, commença à souffrir le 9 février 1821, vers six heures du soir. La tête resta haute et les membranes entières pendant toute la nuit et toute la journée suivante ; l'orifice était peu dilaté et les douleurs faibles. Vers le soir du 10 parurent de la fièvre, de

la soif, de la sécheresse à la peau et de la céphalalgie. (*Saignée du bras, demi-bain.*) A minuit, rupture des membranes, douleurs faibles; la tête ne descend pas, elle se tuméfie. L'orifice se dilate un peu; enfin la tête marche lentement, l'orifice se dilate davantage, et, à trois heures après midi, la tête a presque franchi l'orifice, elle est dans le haut de l'excavation pelvienne; on peut en apercevoir la surface en écartant, pendant la douleur, les parois du vagin. La fièvre redouble avec la lassitude, les progrès cessent; *un bain* ne produit aucun effet; le forceps est déclaré nécessaire.

Auparavant je m'assure de la position: je sens une suture, presque perpendiculaire au pubis droit, se réunir vers le centre du bassin à une autre qui est presque transversale, et se porte vers la partie postérieure de l'ilium droit. Elles me paraissent être les deux branches de la suture lambdoïde; leur point de réunion, la fontanelle postérieure, est caché par la tumeur. Je prononce pour la deuxième position.

En conséquence, la branche droite est introduite la première jusque vers le trou ovalaire gauche; l'autre est placée à droite; mais elle ne peut s'enfoncer en arrière, et reste sur le côté. Le mouvement d'articulation fait rétrograder la première, et les voilà toutes deux latérales. Cependant on tire, et la tête avance rapidement; on élève les crochets, et la vulve est dilatée, le périnée distendu: alors on ôte l'instrument, et peu après la tête sort en exécutant sa rotation ordinaire.

Au lieu de se tourner à gauche, la face se tourna d'abord à droite, puis en avant, et le tronc sortit en exécutant ainsi un demi-tour en pas de vis.

L'enfant vivait ; il était pléthorique, violacé, mou et chaud ; ses yeux étaient fort saillans, et le soleil qui, par hasard, donnait sur eux, faisait voir sur l'iris des vaisseaux capillaires nombreux, et pleins de sang d'un rouge vif. *On laissa saigner le cordon ;* mais comme il donnait peu de sang, on appliqua *quatre sangsues* médiocres sous les angles de la mâchoire. Rétablissement prompt et facile et disparition de la turgescence des yeux. L'enfant portait une grosse tumeur sur la région occipito-pariétale gauche ; il avait l'impression d'une cuiller sur le *haut* du frontal gauche, et l'autre derrière l'oreille droite. Tout cela prouvait assez qu'il s'était présenté dans la deuxième position, mais un peu en travers. La sortie irrégulière du tronc indique, ce me semble, qu'il n'était pas dirigé comme la tête : était-ce là la cause du retard du travail ?

La mère a été bientôt délivrée ; la fièvre a persisté quelques jours, mais sans suites funestes.

N° XXXIV.

2e Position imparfaite (2e variété intermédiaire). *Forceps.*

Une femme faible et lymphatique, âgée de trente-huit ans, réglée abondamment cinq jours chaque mois depuis l'âge de dix ans et demi, était

grosse de huit mois lorsqu'elle ressentit des douleurs fixes dans la région lombaire droite : bientôt après les membres abdominaux s'œdématièrent. C'était sa première grossesse, et elle était peu éloignée du terme quand elle entra à la maison d'accouchement.

Le 24 mars 1811, à trois heures du matin, premières douleurs puerpérales, orifice ouvert de cinq à six lignes, mince et souple, membranes tendues, tête du fœtus mobile et difficilement sentie, contractions rares et faibles, obliquité à droite ; en conséquence décubitus à gauche ordonné et exécuté.

Douleurs faibles tout le jour. A sept heures du soir, ouverture spontanée des membranes; l'utérus est ouvert d'environ deux pouces : écoulement de l'eau. La tête ne descend pas; *l'orifice semble se resserrer ; mais sa mollesse indique qu'il reste dilatable,* et que le défaut de point d'appui est la seule cause de ce resserrement apparent.

Le 25, à trois heures du matin, la main droite introduite pour reconnaître si quelqu'obstacle n'arrêtait pas les progrès du travail et ne donnait pas lieu par sa résistance à l'inertie de l'utérus ; la main droite, dis-je, trouve la tête tellement placée que l'occiput appuie *sur le corps du pubis droit*, et que la fontanelle antérieure répond vers l'échancrure gauche de la base du sacrum. La position se rapprochait de la troisième de Baudelocque. Était-ce là la cause de la lenteur du travail? Le bassin était si ample que je ne puis le croire. La fon-

tanelle antérieure était peut-être un peu trop basse. Quel que fût l'obstacle, l'indication n'en était pas moins la même. L'évacuation de l'eau ne permettait pas de tenter la version, il fallait recourir au forceps.

L'application en fut simple et commença par l'introduction de la branche droite. La tête, en s'enfonçant dans l'excavation, devint tout-à-fait longitudinale, et l'occiput entra dans l'arcade pubienne; peu après j'ôtai l'instrument, suivant mon habitude, et la tête dilata et franchit en peu d'instans les organes génitaux externes, etc.

L'enfant pesait sept livres : c'était une fille. La mère n'a eu, dans ses couches, d'autre indisposition qu'un embarras gastrique que le vomitif a dissipé.

La position dont je parle ici passa, parmi les élèves, pour une troisième de Baudelocque. La description que j'en ai donnée est le résultat d'un examen très-attentif et qui ne m'a laissé aucune incertitude. La facilité avec laquelle le forceps a fait descendre la tête m'a prouvé que la position n'était pas un obstacle aux progrès du travail; d'une autre part, les douleurs, quoique faibles, auraient suffi dans bien des cas. L'orifice ne pouvait être considéré comme retenant la tête par sa constriction, puisque ma main le dilata sans peine en allant à la découverte. L'obliquité n'existait plus. Quelle était donc la cause de la lenteur et de la suspension du travail? Il y avait, certes, quelque chose de plus que la faiblesse de la matrice.

N° XXXV.

2e Position devenue transversale.—*Forceps.*

Chez la nommée Henriette L...al, l'emploi du forceps fut nécessité par le retard qu'amena dans le travail un mécanisme irrégulier.

Cette femme resta trente heures en travail. L'enfant avait d'abord présenté la tête dans la deuxième position; elle descendit ainsi jusqu'au bas de l'excavation; et là, au lieu de tourner vers le sacrum son extrémité frontale, elle la tourna vers l'ischium gauche; l'occiput se plaça nécessairement vis-à-vis l'ischium droit. A quoi attribuer cette irrégularité? Y avait-il une disposition vicieuse du bassin? Chaque ischium déjeté en dehors offrait-il un plan incliné différent des plans ordinaires? L'écartement considérable de ces deux os, estimé à quatre pouces trois quarts, semble autoriser cette conjecture.

Quoi qu'il en soit, le tête arrivée là resta immobile : seulement l'extrémité occipito-pariétale descendit un peu plus que la frontale; le périnée bombait fortement. Malgré l'état avancé des choses, l'utérus s'affaiblit et cessa de se contracter; il fallut terminer l'accouchement : j'y employai le forceps.

Je commençai par glisser sous les pubis la branche droite; puis je plaçai assez facilement la gauche dans la courbure du sacrum : j'essayai ensuite de tourner

l'occiput en avant; mais, pour opérer avec quelque succès la rotation indiquée en pareil cas, il me fallut tirer en même temps, et en même temps élever les crochets du forceps. De tout cela résulta un mouvement mixte qui dégagea la tête au moment où l'occiput, passant sous la branche ischio-pubienne droite, entrait dans l'arcade.

L'enfant était du sexe féminin et du poids de six livres un quart; il a vécu au moyen de quelques secours.

La mère a eu au sixième jour une fièvre gastrique, et dans sa convalescence un œdème considérable du membre inférieur gauche. Cette maladie a été traitée à l'hospice et guérie en quelques semaines.

Je ne donne que comme pure hypothèse l'explication de cette irrégularité, en l'attribuant à l'écartement des ischiums. Bien des bassins offrent sans doute une pareille étendue entre ces deux portions osseuses sans que le même effet en résulte; d'autres fois j'ai vu le même effet se produire sans aucune disposition particulière : d'ailleurs, le diamètre bis-ischiatique est un des plus difficiles à mesurer sur le vivant, à cause de l'épaisseur des parties molles, à cause de l'épaisseur des tubérosités, et à cause de leur direction oblique. Ces réflexions rendent bien douteuse toute explication qui serait fondée sur un peu plus ou un peu moins d'étendue dans ce diamètre.

N° XXXVI.

2e Position.—*Forceps pour inertie.*

Sortie presque sans rotation.

Le sujet de cette observation est une femme san-uine et forte, réglée depuis l'âge de quinze ans, uatre jours chaque mois. C'était sa troisième gros-esse, et elle était à terme.

Le 8 janvier 18.., à une heure du matin, pre-nières douleurs puerpérales; à quatre heures elle rrive à l'hospice. Quinze à dix-huit lignes de di-atation, orifice épais et un peu rigide, membranes ompues, tête au-dessus du détroit supérieur, dou-eurs faibles et rares.

A dix heures la tête descend dans l'excavation; lle est tuméfiée : cependant on reconnaît la 2e po-tion. Dès ce moment, suspension apparente du avail, céphalalgie. (*Saignée du bras, bain de siége.*)

A deux heures nul changement; il faut en venir l'emploi du forceps.

Je commençai par la branche droite; elle marcha bliquement jusque derrière la cavité cotyloïde auche; l'autre resta devant l'échancrure sciatique roite. En les réunissant elles se réduisirent presque ır les côtés du bassin. Je crus d'abord que la tête vait tourné avec elles. Le toucher était gêné par leur résence, et ne put me détromper alors. Je tirai onc sans rotation, sans torsion, en suivant les di-

rections connues des axes de l'excavation, du détroit inférieur et de la vulve. En tirant, les branches de l'instrument achevèrent de devenir latérales; la tête avança quoiqu'avec peine; bientôt elle fit saillir fortement le périnée, puis elle sortit brusquement avant que j'eusse le temps d'ôter le forceps, et nous vîmes que le front était resté en arrière et à gauche, et l'occiput en avant et à droite. Peut-être pendant l'extraction avait-elle tourné un peu tandis que les branches devenaient tout-à-fait latérales; mais certes l'instrument seul s'était mu pendant l'articulation de ses branches. Le périnée, ramolli par les couches précédentes et d'ailleurs bien soutenu, ne reçut aucun dommage. L'enfant était pourtant fort gros; il pesait près de huit livres; il était fort et vigoureux. Délivrance et suites heureuses.

Si cette femme n'avait déjà eu d'autres enfans, la disposition diagonale de la tête au détroit inférieur aurait présenté des obstacles bien plus manifestes : c'est alors qu'il eût été utile d'ôter le forceps. Il est indubitable que la tête, retenue seulement par les parties molles, aurait exécuté sa rotation horizontale, et qu'elle serait sortie comme dans l'accouchement le plus naturel, pour peu que la femme eût conservé de vigueur et l'utérus d'énergie.

N° XXXVII.

2ᵉ POSIT. INCLINÉE. (pariétal gauche).—*Forceps.*

Étroitesse du bassin.

Dans l'année 1815 on nous apporta de Passy une femme petite et contrefaite, en travail depuis trente-six heures. Elle était déjà accouchée une fois spontanément : cependant le bassin paraissait resserré. Les membranes étaient rompues depuis dix heures.

Il existait une obliquité antérieure très-considérable, et notre premier soin fut de la corriger.

Le toucher ne nous faisait sentir qu'une tumeur molle, mais rénitente. En portant deux doigts dans le vagin, je pus sentir, derrière le haut du pubis gauche, le bord d'une oreille, et en introduisant la main plus avant je sentis la face en arrière et à gauche; enfin je pus sentir la suture sagittale sur l'angle sacro-vertébral. Tout cela m'indiquait que la tête était inclinée de manière à présenter le pariétal gauche au centre du détroit supérieur. C'était l'oreille gauche que j'avais sentie.

En conséquence, j'appliquai sur-le-champ les branches du forceps *sur les côtés du bassin.* La tête était *presque transversale,* en sorte qu'elle se trouva prise du frontal gauche à la suture lambdoïde droite. Elle descendit avec assez de facilité, et en descendant se redressa de manière que la suture sagittale se rapprocha de l'aire du détroit inférieur.

Je ne laissai pas d'agir malgré ce changement, et je tirai jusqu'à ce que le crâne fût engagé dans le détroit même : alors j'ôtai l'instrument ; la rotation et l'extension s'opérèrent seules en deux douleurs, et la tête sortit. Il fallut aider à l'expulsion du tronc.

L'enfant pesait sept livres. Le frontal droit avait été contus par l'angle sacro-vertébral. Une épaisse tumeur sanguine recouvrait le pariétal et le temporal gauches.

L'enfant n'a donné que quelques signes de vie.

La mère a eu une fièvre inflammatoire dont une saignée l'a guérie.

C'est bien évidemment la difformité du bassin qui, conjointement avec l'obliquité de la matrice, a altéré la position et a déterminé l'inclinaison de la tête ; c'est cette inclinaison qui empêchait la tête de descendre. On voit ici un exemple nouveau de la facilité de l'application latérale des branches du forceps et de ses avantages en pareils cas ; on voit qu'elle a permis le redressement de la tête, et qu'elle a fourni une prise aussi solide qu'aurait pu faire une application antéro-postérieure, laquelle aurait été ici impraticable, à cause de l'inclinaison de la tête et de la déformation du bassin.

N° XXXVIII.

4e Position (3e de ma cl.).—*Forceps pour inertie.*

Tête dans l'excavation.

La femme qui nous occupe ici était âgée de trente ans, d'un tempérament lymphatique, mais habituellement d'une assez bonne santé.

Vers le cinquième mois de sa grossesse actuelle, qui était la deuxième, un effort musculaire lui occasiona une hernie crurale qu'elle maintint réduite au moyen d'un brayer. Admise à l'hospice dans le mois d'août, elle était grosse de six mois, et fut employée aux menus travaux de la cuisine de la maison : elle y resta jusqu'à la révolution du neuvième mois.

Dans la nuit du 27 au 28 novembre, elle vint à la salle d'accouchement, inondée des eaux de l'amnios, dont la rupture venait de s'opérer après quelques douleurs. L'orifice n'avait que quelques lignes d'ouverture, mais sa souplesse annonçait qu'il en avait eu davantage et qu'il s'était réduit faute de soutien : la tête était fort haute et difficile à toucher. Elle descendit un peu dans la matinée et permit de distinguer la fontanelle *antérieure* derrière la cavité cotyloïde *gauche*. A dix heures du matin une contraction vigoureuse poussa la tête dans le vagin et dans l'excavation du bassin, et alors les douleurs s'arrêtèrent et la tête resta là. Déjà, dans l'intervalle des douleurs, la femme avait eu quelques

vomissemens de matières verdâtres : ils continuèrent dans la journée et affaiblirent singulièrement la malade.

Vers minuit, l'immobilité de la tête décida l'application du forceps. La position était alors méconnaissable à cause de la tuméfaction; mais on avait reconnu le matin la quatrième ; il fallait donc introduire la branche gauche la première et la placer sous le trou ovalaire droit, glisser au contraire la droite sur l'échancrure sciatique gauche : c'est ce qui fut fait. Mais avant d'en venir à cette opération, je voulus donner aux élèves une preuve de l'inutilité des tentatives dirigées vers la rotation de la tête : j'empoignai cette dernière avec la main droite, les doigts sur son côté droit, le pouce derrière l'oreille gauche, et je cherchai sans fruit à ramener le front derrière les pubis. J'en vins donc à l'application du forceps. Placées ainsi qu'il a été dit, les branches avaient leur bord concave tourné vers la face; par un mouvement de torsion peu étendu mais assez énergique, je ramenai à la fois derrière les pubis et le bord concave des cuillers et le front du fœtus, opérant ainsi avec l'instrument ce que la main n'avait pu faire. Cela fait, quelques tractions directes entraînèrent la tête un peu plus bas, puis l'élévation des crochets du forceps combinée avec des tractions prudentes, fit parcourir à l'occiput le sacrum et le périnée qu'il distendait violemment : bientôt il se dégagea au-devant de la fourchette, et celle-ci se releva intacte sur la nuque du fœtus.

Le périnée avait été vigoureusement soutenu par trois mains appliquées les unes sur les autres.

J'ôtai l'instrument, et il me suffit d'appuyer avec deux doigts sur le haut du front pour pousser la tête en arrière et dégager la face sous l'arcade pubienne. Pendant ce temps, l'occiput se renversait et appuyait sur l'anus de la mère.

La tête sortie tourna sa face antérieure vers l'aîne droite; les épaules s'engagèrent et sortirent, la gauche en avant et la droite en arrière. L'aisselle droite fut saisie avec l'indicateur ployé en crochet et servit à achever l'extraction du tronc. L'enfant respirait. Quelques instans après sa naissance et la ligature du cordon, il parut violacé et eut quelques mouvemens convulsifs. Deux sangsues appliquées au cou n'empêchèrent pas les accidens de continuer, et l'enfant périt le soir même.

La mère fut délivrée sans peine; sa hernie fut bien réduite, et son bandage assujetti. Les vomissemens et la fièvre continuèrent, le délire et la diarrhée s'y joignirent, et malgré les anti-spasmodiques, les calmans, les adoucissans, les dérivatifs et les évacuans, la malade mourut le troisième jour.

On trouva un engorgement remarquable des vaisseaux du cerveau et de ses membranes.

La face supérieure du diaphragme et le médiastin étaient parsemés d'ecchymoses, le péritoine et les plèvres fort rouges et mouillés d'une sérosité trouble.

Les symphyses du bassin étaient tellement mo-

biles, que l'élévation d'une cuisse suffisait pour mouvoir les pubis l'un sur l'autre.

Les suites fâcheuses de cet accouchement doivent, pour l'enfant comme pour la mère, être attribuées en grande partie à la longueur du travail. Sans doute nous eussions pu opérer plus tôt ; mais l'espérance d'une terminaison spontanée nous a long-temps retenus. Ce n'est pas une chose indifférente qu'une application du forceps, et l'on ne doit point s'y décider à la légère, et pour des craintes vagues et fondées sur des probabilités très-douteuses.

N° XXXIX.

4e Position (3e). — *Forceps.*

Il s'agit ici d'une femme de vingt-huit ans, robuste, quoique molle et lymphatique, réglée depuis l'âge de seize ans, trois jours chaque mois, et parvenue au neuvième mois de sa première grossesse.

Elle ressentit les premières douleurs le 12 avril, à quatre heures du matin, et monta sur-le-champ à la salle des accouchemens.

Le col de l'utérus avait encore quelque longueur: *cependant il s'écoulait des matières glaireuses et sanguinolentes.*

Pendant le jour et une partie de la nuit, douleurs faibles ; elles deviennent plus fortes et plus rap-

prochées à deux heures du matin (13 avril). L'orifice, fort en arrière et très-haut, a dix ou douze lignes de diamètre ; ses bords sont épais et rigides ; la tête s'avance dans une position inconnue. A quatre heures du soir les douleurs faiblissent ; l'orifice, toujours dur, n'a guère que vingt lignes ; les organes génitaux externes sont étroits et peu dilatables (*Demi-bain tiède d'une demi-heure*). La tête était toujours au détroit supérieur ; elle offrait les caractères de la première et de la quatrième position ; car la suture sagittale était la seule sensible ; les membranes venaient de se rompre et permettaient cette appréciation imparfaite. J'attendis près d'une heure entière : point de douleurs, point de progrès, point de tumeur à la tête. Le bassin était large, et je préférai le forceps à la version.

Il aurait fallu l'appliquer diagonalement par rapport au bassin : il fut impossible d'y parvenir : on introduisait une branche au lieu convenable, mais l'autre ne pouvait plus se mettre en rapport avec elle. Après bien des essais, il fallut s'en tenir à l'introduction latérale ; suivirent des tractions en bas : elles amenèrent la tête dans l'excavation ; on les dirigea en avant et elles l'amenèrent à la vulve, toujours oblique et saisie du frontal droit à la région mastoïdienne gauche, ainsi que le prouvèrent les traces de l'instrument.

Les branches retirées dans la dernière période permirent à la tête de tourner sa longueur parallèlement à celle de la vulve et de sortir par le mou-

vement ordinaire, sous l'influence des muscles abdominaux.

L'enfant, du sexe masculin et du poids de sept livres, est né récemment mort.

Les suites de couches ont été fort simples, à l'exception d'une vive douleur dans le trajet du nerf sciatique gauche : elle fit place à une toute semblable dans le bras du même côté. La mobilité de cette douleur et le gonflement du poignet, qui l'accompagna, décélèrent assez son caractère rhumatismal.

Les douleurs dans le trajet des nerfs sciatiques, comme aussi dans celui des sous-pubiens, ne sont pas très-rares après l'accouchement, et le plus souvent elles n'ont rien de rhumatismal. On sait que les nerfs comprimés par la tête donnent lieu, pendant l'accouchement, à des crampes, etc. Eh bien ! quand la compression a été un peu forte, elle laisse le nerf dans un état d'engorgement et d'inflammation qui dure de huit à quinze jours et même plus, et qui quelquefois produit des abcès plus ou moins étendus. Ces douleurs guérissent par l'emploi des anti-phlogistiques et des résolutifs.

N° XL.

4e Position, réduite spontanément a la deuxième. — *Forceps.*

La nommée C.......ne, femme assez forte, âgée de vingt-cinq ans, était parvenue au terme de sa première grossesse. Le 26 juillet 1820, elle commença à souffrir; les membranes se rompirent bientôt et la tête resta au détroit supérieur; elle paraissait être dans la quatrième position; la fontanelle antérieure, reconnaissable à sa grandeur et à ses quatre angles, occupait presque le centre du bassin; l'utérus était fortement incliné à gauche, et l'orifice un peu dévié à droite.

Les douleurs s'affaiblirent un peu, mais continuèrent néanmoins. Le 27 au matin, la dilatation était complète et les tégumens du crâne tuméfiés. Dans l'après-midi, la tête descendit dans le bassin, et resta immobile dans l'excavation après avoir franchi l'orifice. Vainement mit-on la femme sur le bord du lit et chercha-t-on à exciter les douleurs; la tête restait à un pouce environ de la vulve; la femme souffrait beaucoup et avait de la fièvre : le forceps me parut indiqué.

L'application en fut faite en ma présence par mademoiselle Hucherard, élève principale de l'établissement. La branche droite entra la première avec facilité; la gauche entra moins facilement; il fallut en baisser beaucoup le crochet, et elle resta

un peu en arrière; mais le mouvement d'articulation la mit tout-à-fait sur le côté du bassin. Nous étions trop peu sûres de la position pour modifier davantage l'application de l'instrument. Les tractions furent dirigées successivement selon l'axe du détroit supérieur, puis selon celui de l'inférieur, en passant graduellement d'une direction à l'autre.

La tête, en approchant de la vulve, avança avec tant de promptitude que je n'eus le temps d'extraire que la branche droite. Le périnée, quoique bien soutenu, fut endommagé assez largement; il n'en résulta d'autre inconvénient qu'une cuisson tolérable et qui dura cinq à six jours. La face sortit en arrière et à gauche (2e position). Les épaules retinrent un instant le tronc; elles sortirent, la gauche en avant et la droite en arrière. Délivrance prompte et facile; diminution de la fièvre et des douleurs peu d'heures après l'accouchement; moiteur à la peau. Dans la nuit, sommeil troublé par des douleurs abdominales. 28 matin, *idem* (*Saignée de trois palettes*, *mixture purgative*). Rétablissement prompt.

L'enfant pesait sept livres et demie; il était par conséquent fort gros; il a crié en naissant et n'a eu besoin que des secours ordinaires.

La tête, assez molle, était presque globuleuse, et le diamètre antéro-postérieur peu considérable. La fontanelle antérieure était couverte d'une tumeur qui s'étendait un peu plus sur le frontal gauche que sur le droit; elle était même un peu excoriée sur le haut du frontal gauche. Sur ce même os était

l'impression d'une branche du forceps, dont l'extrémité était distante du sourcil de trois lignes environ. Derrière la tête on voyait un peu de rougeur, mais rien de distinct.

Ce que l'on avait senti de prime-abord (fontanelle antérieure au centre), la *situation de la tumeur* et la manière dont sortirent les épaules ; tout cela indique bien que la tête avait d'abord été placée dans la quatrième position. Cependant je ne voudrais pas affirmer bien positivement que la deuxième position n'existait pas d'abord : je donne mes raisons : c'est au lecteur à les apprécier. M. Dubois ne croit point à ces grands changemens spontanés, et tous les cas qu'on en cite lui paraissent autant d'erreurs dans le diagnostic. J'avoue qu'il peut souvent avoir raison ; mais j'ai eu sous les yeux des faits indubitables, comme on peut le voir dans les premiers numéros : ce sont ceux où j'ai suivi du doigt appliqué sur une fontanelle le mouvement rotatoire de la tête. Céux-là n'auraient laissé aucun doute à M. Dubois lui-même. Un pareil examen demande de la patience ; mais c'est la preuve la plus péremptoire.

L'impression du forceps, la manière dont est sortie la tête ne laissent aucun doute qu'elle ne se fût réduite à la deuxième, sans doute en descendant lentement dans l'excavation ; ou du moins qu'elle ne fût devenue intermédiaire et transversale.

L'impossibilité de s'assurer en dernier lieu de cette position nous força d'appliquer le forceps sans

égard pour la tête : on voit que cela n'a pas mal réussi : la tête est descendue aisément, et le forceps n'a point porté sur une partie essentielle de la face : sans doute la forme globuleuse qu'a prise la tête a contribué à cette facilité; mais cette forme, n'est-ce pas le forceps qui la lui a donnée ?

Il nous reste encore une circonstance à expliquer, c'est la difficulté de l'introduction de la branche gauche : elle était due à la saillie sacro-vertébrale contre laquelle la tête pressée par la branche droite repoussait l'extrémité de la cuiller gauche : aussi, en baissant fortement le crochet, avons-nous donné à cette cuiller une direction qui lui a fait éviter cet obstacle. Peut-être pourrait-on croire, d'après cela, qu'il y avait un peu d'étroitesse dans le bassin ; je n'ai pas eu alors la pensée de m'en assurer : cependant il faut se rappeler que cette femme avait déjà eu un accouchement des plus naturels.

N° XLI.

4e Position (3e) devenue transversale. — *Rotation insolite.*

Forceps pour suspension de travail.

Une femme âgée de vingt-cinq ans, sanguine et bien musclée, réglée depuis l'âge de treize ans, sept jours chaque mois, était aux derniers temps de sa première grossesse.

Elle se présenta à la salle des accouchemens le

18 janvier 1817, à trois heures du matin, éprouvant les premières douleurs de l'enfantement. L'utérus se durcissait évidemment à chaque douleur, et le contact du ventre suffisait pour en convaincre. L'orifice, situé fort en arrière, était ouvert de dix-huit lignes, épais et dur à ses bords; les membranes étaient entières, et formaient une saillie globuleuse et tendue. La tête était au-dessus du détroit supérieur, dans une position impossible pour lors à déterminer. Le rectum, plein de matières fécales, saillait dans le vagin; l'utérus penchait en avant. (*Décubitus en supination; lavement; toucher défendu*, de peur de rompre les membranes.)

Jusqu'à six heures du soir les douleurs furent fortes et soutenues, et pourtant l'orifice toujours rigide et épais. La rupture spontanée des membranes mit à même de sentir la tête à nu. Je reconnus la fontanelle postérieure à droite et en arrière. (*Saignée du bras, demi-bain.*)

Pendant la nuit, continuation des douleurs; la dilatation s'achève. A trois heures du matin (19 janvier), la tête franchit l'orifice et en même temps exécute un petit mouvement de rotation tendant à porter le front en arrière et l'occiput en avant: le premier s'arrête sur l'ischium gauche, le deuxième un peu plus bas sur l'ischium droit; la suture sagittale traverse le bassin d'un côté à l'autre; l'oreille gauche se laisse sentir derrière la symphyse pubienne.

Malgré la force des contractions de la matrice, la tête resta immobile. En vain je tentai d'achever la rotation, soit avec deux doigts de chaque main appuyés sur des régions opposées, soit avec une seule main, saisissant la tête entre le pouce et les autres doigts.

Toute la journée la tête resta là. Vers le soir, l'hypogastre était soulevé par une tumeur : ce devait être la vessie. On sonda sans beaucoup de peine, et il ne sortit pas une goutte d'urine. Peu après la tumeur disparut comme elle était venue, c'est-à-dire, sans cause connue.

A cinq heures les contractions utérines avaient totalement cessé, et j'appliquai le forceps. Pour agir suivant l'indication, il fallait l'appliquer de manière à réduire cette position transversale à la deuxième du vertex : en conséquence la branche droite entra la première, et, par le mouvement spiral, tant de fois décrit, passa d'arrière en avant et de bas en haut, entre le front et l'ischium, pour se placer entre les pubis et le pariétal gauche. La branche gauche entra directement dans la courbure du sacrum, et, après quelques tâtonnemens nécessités par l'obstacle que lui opposait la saillie sacro-vertébrale, elle fut placée sur le pariétal droit, puis articulée avec la précédente, de manière que la concavité de leurs bords regardait à droite du bassin.

Un mouvement de torsion lente et mesurée conduisit le front dans la courbure du sacrum, et

l'occiput dans l'arcade; par le même mouvement le bord concave du forceps se tourna en avant. Le reste de l'extraction fut simple. La sortie du placenta fut spontanée. L'enfant pesait six livres; il était très-bien portant, quoique soumis, depuis vingt-quatre heures, à la pression de l'utérus.

C'est une chose remarquable que la résistance et la vigueur de certains enfans. On les voit naître très-vigoureux après un accouchement long et pénible, et qui a exigé des tiraillemens sur les pieds, le tronc et le col. Il en est d'autres, au contraire, qui périssent au moindre effort, et pour peu que l'utérus reste contracté sur eux.

Je ne parle pas de la tumeur de l'hypogastre. Qu'en pourrais-je dire? Devine qui pourra sa nature, et explique qui voudra son apparition et sa disparition spontanée. Deux réflexions plus importantes me sont suggérées, 1°. par la rotation insolite de la tête, 2°. par son immobilité.

1°. Cette rotation, qui, comme nous l'avons déjà vu, est quelquefois plus considérable encore, donne un démenti formel à la théorie du mécanisme ordinaire. Comment ces plans inclinés, si aptes à conduire le front et l'occiput dans le sacrum et dans l'arcade par un mouvement court et facile, comment peuvent-ils dans certains cas occasioner un mouvement tout contraire, et un mouvement très-étendu, un mouvement toujours difficile, parce qu'il tord le col de l'enfant? J'insiste sur cette

insuffisance de la théorie, afin d'accoutumer les élèves à la soumettre à la pratique, et à ne lui donner que sa valeur réelle.

Je connais toute l'utilité d'une bonne théorie; je sais qu'elle facilite l'étude; je sais que c'est en partie sur cet avantage qu'est fondée l'utilité de l'ouvrage de Baudelocque; mais quand les faits se présentent avec un aspect et une réalité contradictoires à la théorie, il faut savoir abandonner cette dernière, sinon comme nuisible, au moins comme inutile et embarrassante.

2°. L'immobilité de la tête au milieu de son mouvement rotatoire n'est pas moins remarquable: c'eût été là encore un cas d'enclavement. J'attribue cette immobilité à l'*horizontalité* de la tête, si on peut parler ainsi: les deux fontanelles étaient presqu'à la même hauteur, et la tête offrait au bassin le diamètre occipito-frontal. C'en était assez pour rendre la rotation difficile; mes doigts même étaient trop faibles pour l'opérer; le forceps l'a exécutée aisément. L'application de cet instrument a été ici simple et facile, parce que la tête était basse: il n'en eût pas été ainsi si elle eût été au détroit supérieur.

N° XLII.

4e Position (3e). — *Forceps.*

Tête haute.

La femme qui fait le sujet de cette observation était faible et lymphatique, irrégulièrement menstruée depuis l'âge de seize ans, enceinte pour la première fois et à terme. La gestation avait été pénible et compliquée d'incommodités diverses.

Elle arriva le 12 octobre 1811 matin, souffrant depuis quelques heures. L'orifice utérin était ouvert de cinq à six lignes; son contour était épais et dur; la tête était difficilement sentie. Les membranes bombaient fortement : on s'abstint du toucher pour éviter de les rompre.

Toute la journée, contractions faibles et rares, peu de progrès dans la dilatation, et point du tout dans la marche de la tête. A minuit, rupture des membranes; la tête s'applique sur le détroit supérieur et devient plus accessible; la fontanelle antérieure est sentie vers l'éminence ilio-pectinée gauche; la suture sagittale se porte de cet endroit vers la partie droite et postérieure de la périphérie du bassin; la fontanelle postérieure est plus basse que l'antérieure.

Dès-lors, contractions énergiques jusqu'à six heures du matin (13 octobre). Leur effet se borne

à l'engagement de la tête dans le détroit, à la tuméfaction de la peau du crâne, et à l'engorgement des parties externes de la génération.

Ce fut alors que je me déterminai à opérer l'accouchement. Le forceps fut appliqué avec facilité suivant la règle ordinaire : seulement je trouvai plus de commodité à appliquer en deuxième lieu la branche gauche, qui fut amenée sous le trou ovalaire droit. La jonction des branches fut portée vers l'anus, pour que la longueur des cuillers se trouvât, autant que possible, en rapport avec le diamètre occipito-mentonnier. Des tractions vigoureuses dans cette direction plongèrent la tête dans l'excavation, en faisant marcher la première la partie la plus saillante de l'extrémité postérieure, je veux dire la fontanelle occipito-pariétale. La tête parvenue dans l'excavation, l'instrument fut redressé de manière à placer latéralement les cuillers d'abord obliques, et à diriger le front derrière la symphyse pubienne. En élevant les crochets du forceps, j'engageai la tête dans les parties molles extérieures et la fis sortir du détroit inférieur. J'ôtai alors l'instrument : une seule contraction utérine fit franchir le périnée à l'occiput, et ce pas une fois fait, la face sortit sans effort de dessous les pubis. Tout, du reste, fut simple, facile, et d'abord heureux pour l'enfant et pour la mère ; le premier, quoique très-faible, fut promptement ranimé : c'était un garçon du poids de sept livres. Malheureusement ces avantages furent de courte

durée. L'enfant fut pris de convulsions qui l'enlevèrent vingt-quatre heures après sa naissance. La mère fut saisie par la péritonite au deuxième jour de sa couche, et elle y succomba le vingtième. En vain tous les secours de l'art furent prodigués à l'un et à l'autre.

La rotation que j'imprimai à la tête ne fut pas brusque et exclusivement horizontale; mais elle fut opérée lentement, et dans les derniers momens de sa descente dans l'excavation.

La tête était saisie assez régulièrement par ses parties latérales; elle était peu contuse, et le forceps ne peut être accusé des accidens arrivés à l'enfant. C'est bien plutôt à la longueur du travail, au trouble de la circulation placentale, à la pléthore de l'enfant, et à la compression lente de sa tête par le bassin, et de son corps, de tous ses vaisseaux par conséquent par l'utérus; c'est à ces causes, dis-je, qu'il faut attribuer les convulsions qui ont suivi la naissance.

N° XLIII.

4e Position intermédiaire (3e variété, fronto-pubienne). — *Forceps*.

Anne D...t était âgée de vingt-un ans et d'une bonne constitution, quoique jadis rachitique : elle n'avait marché qu'à quatre ans, et ses fémurs

étaient courbés et fortement convexes en dehors. Réglée dès l'âge de seize ans, et huit jours chaque mois, elle était au dernier terme de sa première grossesse, lorsqu'elle ressentit les douleurs de l'enfantement : c'était le 6 février 1811, à huit heures du matin.

Elle arriva à l'hospice à onze heures du soir dans l'état suivant : orifice ouvert de huit lignes, à bords épais, mais souples et mous ; impossibilité de sentir la partie présentée par le fœtus ; intégrité des membranes ; contractions faibles.

Pendant la nuit et la journée du lendemain (7 février), nuls progrès : cependant le soir on trouve dix-huit lignes de dilatation à l'orifice, les membranes tendues, et l'on sent la tête, mais superficiellement.

A cette époque, augmentation des douleurs ; à minuit, dilatation complète ; à deux heures du matin (8 février), rupture des membranes. Le matin, la tête était toujours au détroit supérieur ; pour bien la toucher, il fallait diriger le doigt de sorte que sa pointe fût en avant et sa base en arrière : on sentait l'excavation tout-à-fait vide. Une dépression quadrangulaire indiquait que la fontanelle antérieure était derrière l'épine du pubis gauche ; un pli fort saillant de la peau, dirigé un peu obliquement, traçait le trajet de la suture sagittale. L'angle sacro-vertébral était aisément touché par l'extrémité du doigt, et le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal fut estimé équivalent

à trois pouces et un quart. La tête s'engagea lentement dans le détroit, la peau du crâne se tuméfia peu à peu. A huit heures la tête n'avançait plus; *l'eau qui s'écoulait, chargée de méconium, attestait la faiblesse du fœtus*, le relâchement de ses sphincters et la compression de son corps. La vessie, remplie d'urine, saillait au-dessus des pubis, et la tête, fortement pressée contre ces os, n'avait pas permis le passage de la sonde la plus menue. Je résolus de dissiper tous ces symptômes alarmans par l'emploi du forceps.

La branche droite fut placée la première, un peu en arrière et à gauche; la branche gauche fut ensuite placée à droite; mais elle ne put marcher assez en avant pour s'appliquer sur le côté de la tête, et celle-ci, tenue seulement entre la région mastoïdienne gauche et le pariétal droit, ne suivit point le forceps. Il fallut avancer davantage la cuiller gauche et tenir l'autre moins en arrière : alors la tête fut saisie presque par les côtés; je serrai les crochets avec un cordon, et, par des tractions directes en bas, je parvins à enfoncer la tête dans l'excavation : je n'y parvins pourtant qu'à l'aide de bras vigoureux.

Ce pas fait, je m'aperçus que les branches du forceps, devenues tout-à-fait latérales, avaient, par une rotation légère, tourné le front derrière la symphyse pubienne. Quelques tractions, dirigées un peu en haut, engagèrent la tête dans le détroit inférieur; elle en fut dégagée par une forte éléva-

tion des crochets, qui fit remonter le front derrière les pubis et vers la cavité de l'utérus, tandis que l'occiput paraissait au-devant du périnée. Cette partie, fortement distendue, fut soutenue diligemment. Après cela, il suffit d'abaisser un peu le forceps pour faire sortir le front et la face sous l'arcade pubienne.

L'enfant est né mort : c'était une fille du poids de six livres et demie.

La rupture du cordon ombilical, qui céda aux efforts peut-être inconsidérés des élèves, me mit dans la nécessité de porter la main dans l'utérus pour en dégager le placenta : il était presque entièrement détaché. Les suites de couches ont été simples et tranquilles.

L'enfant, examiné avec soin, avait une fracture longitudinale à la partie supérieure des pariétaux et un peu de sang fluide au voisinage. Il y avait aussi dans le thorax une quantité notable de sérosité sanglante.

Je rappellerai ici l'attention du lecteur sur les fractures dont j'ai déjà parlé. Le forceps, qu'il a fallu serrer fortement, peut bien y être pour quelque chose ; mais l'étroitesse du bassin y est aussi pour beaucoup, puisque nous avons vu la même chose après quelques accouchemens spontanés.

Quant à la lenteur du travail, il n'est pas difficile de voir qu'elle tenait à deux causes différentes : 1°. à l'étroitesse du bassin ; 2°. à la position défa-

vorable de la tête, dont le diamètre occipito-frontal tendait d'abord à mesurer le diamètre vicié (antéro-postérieur) du bassin. Ce n'est même que par la flexion de la tête qu'elle a descendu, en changeant ainsi son diamètre occipito-frontal pour le sphéno-bregmatique ou à-peu-près.

N° XLIV.

4e Position (3e) prise pour la première. — *Forceps.*

Dégagement irrégulier du tronc.

D......, femme âgée d'environ vingt-cinq ans, malade pendant toute sa grossesse, fut prise de fièvre et de douleurs dans l'abdomen quinze jours avant d'accoucher. Le travail commença cinq jours avant la même époque.

Le 30 décembre 1820, la tête était au-dessus du détroit abdominal; la dilatation faite et les membranes entières : elles se rompirent, et la tête descendit dans l'excavation. Dès-lors plus de progrès.

Elle y était depuis quatre heures quand on appliqua le forceps. La tête avait franchi l'orifice, *elle était un peu tuméfiée.* On sentait vers le centre de l'excavation une fontanelle assez large, et de là on suivait en avant et à gauche la suture sagittale; de ce côté et très-haut, on parvenait avec peine à une autre fontanelle.

De tout cela, je conclus que la tête était dans la

première position, mais renversée sur le dos, et la fontanelle antérieure au centre.

En conséquence, on appliqua la branche gauche la première sous le trou sous-pubien droit. La branche droite, poussée en arrière et à gauche, était retenue par l'angle sacro-vertébral; en baissant le crochet, on franchit l'obstacle.

Il fallut décroiser les branches: ce mouvement et celui d'articulation les ramenèrent presque sur les côtés du bassin: néanmoins on tira, mais le forceps venait seul. Considérant d'ailleurs que si la tête était renversée vers le dos, une branche mal placée portait, non sur le front comme dans les cas ordinaires, mais sur la face, je les fis désarticuler; on les renfonça en les replaçant obliquement par rapport au bassin, et de manière à prendre la tête par ses côtés. Elle vint alors aisément, et roula en descendant, de manière que le forceps regarda par les bords concaves l'arcade pubienne. En relevant ses crochets, je m'aperçus que le mouvement d'extension ou d'arc de cercle était très-difficile et le périnée très-distendu. Tout-à-coup la tête sortit présentant la face en avant. Elle était saisie par les côtés, de sorte que l'oreille droite était dans la fenêtre de la cuiller droite, et la gauche couverte par la jumelle postérieure de la cuiller gauche.

Il était donc évident que la tête avait été placée dans la 4e position (B), que nous avions senti au centre la fontanelle postérieure, et que, loin d'être étendue vers le dos, elle était fléchie vers le sternum.

Une autre chose bien remarquable, c'est que le dégagement du tronc se fit comme dans la cinquième position, c'est-à-dire, le sternum tourné vers le côté droit de la mère. N'est-ce pas là la raison de la lenteur du travail?

L'enfant a crié presque tout de suite : c'était une fille de cinq livres et demie.

La mère a été promptement délivrée et fort soulagée : cependant la fièvre a continué pendant environ trois semaines sans caractère déterminé. Il y en avait encore un peu quand la malade a quitté l'hospice.

Cette opération fut faite devant moi par une personne sûre; elle n'offrait pas de difficultés bien considérables, parce que la tête était basse et le bassin bien fait.

J'ai déjà mentionné plusieurs fois l'irrégularité du dégagement du tronc, comme indiquant une direction différente du diamètre de la tête et de ceux du reste du corps. Ainsi, par exemple, si après une première position l'épaule droite sort en arrière et la gauche en avant, c'est pour moi un signe presque certain que les épaules se sont engagées au détroit supérieur, parallèlement au diamètre oblique de ce détroit, qu'avait occupé la longueur du crâne; le col était donc un peu tordu, car le sternum regardait à gauche, tandis que la face regardait à droite. Or, cette diversité de directions, je l'ai aussi mentionnée plusieurs fois comme cause

présumable de retard dans le travail. En effet, comme elle nécessite une certaine torsion du col; comme elle *force* la structure des parties du fœtus, il en résulte que chaque direction en est un peu altérée : dans la première position, la face regarde un peu moins à droite, le sternum un peu moins à gauche. En conséquence, 1° la tête s'engage moins aisément dans l'excavation; 2° les épaules franchissent moins facilement le détroit supérieur.

Donc c'est une cause de retard et lorsque la tête est haute et lorsqu'elle est basse.

Chaque fois que j'ai avancé des opinions ou proposé des idées seulement probables et non susceptibles de démonstrations soumises aux sens, j'ai eu soin d'avertir que je ne les donnais point pour incontestables : je réitère ici le même avis au lecteur.

N° XLV.

4ᵉ Position (3ᵉ); réduction spontanée à la deuxième. *Forceps au détroit supérieur.*

Carlo W.......és, négresse, âgée de dix-sept ans, enceinte pour la première fois et à terme, ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 28 floréal, à midi. L'orifice n'était point encore dilaté; mais le col de l'utérus était distendu et confondu avec le reste de l'organe en une seule cavité ovalaire. Le soir, les contractions prirent un caractère plus décisif, et l'orifice commença à se dilater; la tête

du fœtus était si haute qu'à peine pouvait-on la reconnaître.

Le lendemain, 29 floréal, à dix heures, la dilatation était entière ; une contraction de la matrice rompit les membranes et projeta au dehors un flot d'eau qui fut suivi par un écoulement lent et continu. Cependant la tête resta au-dessus du détroit abdominal, la peau du crâne se tuméfia peu à peu jusqu'à un degré considérable. L'élévation de la tête n'avait permis d'abord de sentir qu'une fontanelle vers l'éminence ilio-pectinée gauche; une suture en partait pour se diriger à droite et en arrière. Etait-ce la fontanelle antérieure ou la postérieure, et par conséquent la quatrième ou la première position ?

La tuméfaction des tégumens rendait la distinction impossible. Les douleurs revenaient de temps en temps, mais sans autre effet que de tourmenter la femme, d'appliquer l'utérus sur les membres de l'enfant, et de rendre par là la version impraticable. La fièvre survint dans la journée ; la chaleur brûlante et la sécheresse de la peau, la soif, les nausées et les vomissemens verdâtres ou noirâtres, l'anxiété extrême qui s'y joignit, appelèrent sur cette femme toute notre attention (*Bains de siége, boissons acidulées.*); soulagement.

Toute la nuit elle fut tourmentée de crampes dans les cuisses et dans les jambes, résultats nécessaires de la compression des nerfs du bassin.

A quatre heures du matin (30 floréal), nuls pro-

grès ; tuméfaction du crâne augmentée : il fallut en venir à l'application du forceps.

L'incertitude où j'étais restée sur la position était de nulle conséquence ; l'opération devait être presque la même dans l'un et l'autre des deux cas soupçonnés. Pour pouvoir croiser plus aisément les branches et me conserver la facilité d'introduire la deuxième au-devant de la première (1), je commençai par la branche droite ; j'en placai sans peine la cuiller entre la tête et la symphyse sacro-iliaque gauche. Il fallait alors porter sous l'éminence ilio-pectinée droite la cuiller gauche : ce mouvement fut impossible. La tête, serrée contre le détroit, ne permit point le passage de l'instrument. J'ôtai la branche droite, et alors la gauche se plaça comme d'elle-même ; la branche droite fut replacée ensuite en la glissant entre la branche gauche et le périnée : leur articulation fut facile ; mais je m'aperçus alors que les cuillers étaient devenues tout-à-fait latérales. Avaient-elles dans ce mouvement entraîné la tête ? Son élévation ne le rendait pas probable, et le contraire nous fut bientôt prouvé. On tira d'abord en bas, puis en avant et en haut. La tête avança, non sans peine, jusqu'au détroit inférieur. Je crus devoir alors laisser se dilater lentement les parties extérieures, qui étaient fort étroites ; j'ôtai l'instrument, et je crus reconnaître sous le pubis gauche

(1) L'étroitesse de la vulve rendait ces précautions essentielles.

la fontanelle antérieure. J'attendais que les efforts de la mère la fissent avancer sous la symphyse, lorsque je la sentis rétrograder en arrière; je la suivis du bout du doigt jusque vers le sacrum : ce fut l'affaire de quatre à cinq douleurs. Après cela, elle sortit comme d'ordinaire, sans autre secours que quelques pressions sur le bord antérieur du périnée pour activer les douleurs. La face, dégagée, se tourna en devant et à gauche; les épaules sortirent aidées par mes doigts; la gauche sortit en avant, etc. Délivrance naturelle.

L'enfant donna quelques signes d'une vie qu'il fut impossible de rappeler.

La mère eut, une demi-heure après la délivrance, un violent frisson. Le lendemain, fièvre, vomissemens bilieux, toux, douleurs hypogastriques, *incontinence d'urine*, avec distension de la vessie (paralysie). (*Infusion de tilleul et de graine de lin, potion calmante, lavemens, injections émollientes, cathétérisme.*) Marche rapide de la péritonite, délire, etc. Mort le quatrième jour au soir.

Les principaux faits contenus dans cette observation sont, 1° l'immobilité de la tête au détroit supérieur : une quatrième position n'aurait pas dû l'empêcher de descendre; 2° la réduction latérale et spontanée des cuillers, qui nous apprit que nous aurions évité bien des difficultés en les plaçant ainsi de prime-abord : une cuiller avait porté sur le frontal droit vers la tempe, et l'autre derrière l'o-

reille gauche; 3° la rotation spontanée de la tête débarrassée du forceps, et sa réduction à une deuxième position du vertex; 4° la faiblesse et la mort prompte de l'enfant, dues sans doute à la longueur du travail, mais auxquelles a peut-être contribué la torsion du col que nécessitait une rotation aussi étendue, si le tronc était véritablement dirigé comme il l'est d'ordinaire dans la quatrième position; ou bien la torsion produite par la différence des directions de la tête et du tronc, si celui-ci était de prime-abord dirigé comme dans la deuxième position; 5° enfin le prompt et terrible développement de la péritonite, qu'il faut peut-être rapprocher des accidens qui existaient pendant le travail, en regardant ceux-ci sinon comme causes, du moins comme prédispositions, et peut-être comme premiers symptômes.

N° XLVI.

4e Position (3e) inclinée (bregmatique). — *Forceps pour inertie de l'utérus.*

Sortie de la tête sans rotation.

N. P....d, femme maigre et à cheveux roux, âgée d'environ trente ans, très-pusillanime, avait eu les jambes infiltrées pendant sa grossesse : l'infiltration a disparu trois jours avant le travail. Elle était bien conformée; mais la vulve était très-étroite.

Quand elle arriva à l'hospice, elle était demi-ivre et souffrait depuis six jours, mais fort peu. Dès les premiers momens, les membranes s'étaient rompues au-dessus de l'orifice utérin ; l'eau s'était en partie écoulée ; les douleurs avaient cessé : elles reparurent dans la nuit du 22 au 23 octobre 1820, sixième jour du travail.

23 *octobre*. Fièvre et céphalalgie (*Saignée.*). La tête ne descend pas, la céphalalgie continue, la fièvre est moindre, la vessie soulève l'hypogastre (cathétérisme).

24 *matin*. La tête est dans l'excavation du bassin, le crâne cerné par l'orifice ; on sent une fontanelle en avant et à gauche ; elle est grande : c'est l'antérieure ; mais elle trop accessible, et elle indique que la tête est un peu renversée sur le dos et offre au bassin son diamètre occipito-frontal. Point de douleurs. (*Bains.*)

A dix heures, nuls progrès. On applique le forceps.

La branche gauche est d'abord passée dans l'orifice utérin, et placée sous le trou sous-pubien droit ; l'autre est mise vis-à-vis l'échancrure sacro-sciatique gauche. La tête descend un peu, le forcps descend davantage, enfin tout s'arrête et la rotation ne peut être opérée. Une résistance singulière arrête nos mouvemens ; ni la torsion du forceps ni le tour de main de Baudelocque ne peuvent la vaincre, ou du moins il faudrait employer pour cela des forces trop considérables et produire indubitablement des lésions dangereuses. Il fallut déplacer les branches et

les mettre sur les côtés du bassin : en tirant alors tout doucement on amena la tête à la vulve. Là on ôta l'instrument ; l'ouverture se dilata peu à peu, et la tête sortit enfin seule, mais toute oblique, en se renversant vers la fesse droite. Le front et la face se dégagèrent sous la branche ischio-pubienne gauche.

L'enfant était une fille d'environ six livres.

La tête, d'ailleurs tuméfiée, offrait les traces du forceps, 1° sur l'*angle gauche de la mâchoire* et la joue voisine (branche gauche), et sur l'*oreille droite* (branche droite) : ce sont des traces de la première application qui fut faite suivant les règles ; 2° sur la région *mastoïdienne gauche* (branche gauche), et sur *le frontal et l'orbite droits* (branche droite). Ce sont les vestiges de la deuxième application, qui, de notre pleine connaissance, a été irrégulière.

Notez bien que la tête était horizontale, et que son diamètre occipito-frontal, de quatre pouces et un quart, répondait au diamètre oblique de l'excavation. Cette disposition vous expliquera, 1° pourquoi la fontanelle antérieure se faisait sentir presque au centre de l'excavation ; 2° pourquoi la rotation ne pouvait s'opérer (car le front ne pouvait glisser derrière les pubis) ; 3° enfin pourquoi la branche droite du forceps, appliquée en deuxième lieu vers le côté gauche du bassin, a porté non-seulement sur le frontal, comme cela se serait fait dans une quatrième position franche, mais aussi sur l'orbite.

La mère a eu de la fièvre; mais *une saignée* de cinq onces l'a mise hors d'affaire.

L'enfant a eu des convulsions ; il a tété fort bien dans les intervalles : malgré *deux sangsues*, *des lavemens*, *des bains*, *des anti-spasmodiques*, il est mort le troisième jour. Il y avait un très-petit abcès sous la contusion du frontal droit.

Les pariétaux étaient à peine ossifiés vers la suture sagittale. Du sang noirâtre et demi-coagulé enduisait les deux lobes postérieurs du cerveau.

N° XLVII.

4e POSITION INCLINÉE (3e espèce, 6e variété, pariét. gauche). — *Forceps pour suspension du travail.*

Obliquité utérine.

J. R...., d'une bonne constitution, d'un tempérament mixte, réglée depuis l'âge de quinze ans, trois jours chaque mois, âgée de vingt-neuf ans, était enceinte pour la première fois et à terme.

Rupture des membranes dès l'apparition des premières douleurs. Sur-le-champ transportée à l'hospice (3 février 18.., à six heures du matin), elle présenta cinq à six lignes de dilatation, l'orifice mince et mou, la tête à peine engagée dans l'excavation et placée dans la quatrième position. A dix heures, dilatation complète, crâne tuméfié, un peu descendu en apparence. Depuis ce moment, les douleurs s'affaiblirent et cessèrent bientôt tout-

à-fait. A trois heures après midi, soif ardente, vomissemens bilieux, pouls faible et fréquent, face altérée. La terminaison de l'accouchement devenait urgente; elle fut confiée au forceps. Auparavant, je revins au toucher : je trouvai la tête engagée plus avant, mais dans une direction très-défavorable; la fontanelle antérieure, plus basse que la postérieure, était vers l'ischion gauche; la suture sagittale regardait en arrière, et la fontanelle postérieure était un peu à droite de l'angle sacro-vertébral; le pariétal gauche occupait le centre du bassin; l'oreille était sentie sous le pubis droit. Ce ne fut qu'alors qu'on s'aperçut que l'utérus était fortement oblique en avant, et surtout à droite.

Je commençai par faire redresser et maintenir l'abdomen, puis j'appliquai le forceps. Les difficultés que je rencontrai à placer les branches et surtout la gauche sur les côtés de la tête, me déterminèrent à les laisser sur les côtés du bassin; je tirai suivant l'axe du détroit supérieur, puis un peu plus en avant. La tête descendit au fond de l'excavation; je relevai les crochets, et bientôt on vit saillir le périnée : j'ôtai l'instrument alors, et je trouvai la tête redressée, c'est-à-dire que la suture sagittale traversait diagonalement le bassin, et que la fontanelle postérieure était plus basse de beaucoup que l'antérieure. La femme était bien faible, et je me vis presque forcée à réappliquer le forceps; mais elle put enfin faire quelques efforts : la tête roula, le front remonta davantage encore,

le périnée, heureusement assez flasque, remonta derrière l'occiput, et le dégagement s'acheva seul. Le reste fut simple. L'enfant vivait; il ne pesait que cinq livres et demie. Une branche du forceps avait porté sur le frontal droit et sur le haut du gauche; l'autre avait marqué sur le côté gauche de l'occiput. La mère s'est lentement mais parfaitement rétablie.

N° XLVIII.

5e Position (4e de ma classification). — *Forceps pour lenteur du travail.*

La femme ici mentionnée était âgée de vingt-neuf ans, d'une constitution forte et d'un embonpoint modéré, quoiqu'un peu molle et en apparence lymphatique; ses règles n'avaient paru qu'à l'âge de dix-sept ans, et elles revenaient chaque mois pour durer quatre à cinq jours. Elle en était à sa deuxième grossesse et arrivée à son terme.

Le 19 avril, à sept heures du matin, elle commença à souffrir; peu après on trouva l'orifice dilaté de douze à quinze lignes, ses bords épais mais souples et extensibles, et sa totalité portée vers le côté gauche; l'obliquité de l'utérus vers le côté droit était pourtant à peine marquée. Les membranes, ouvertes depuis deux jours, avaient donné continuellement issue à une petite quantité d'eau; on sentait la tête, mais difficilement, et bien au-dessus du détroit abdominal.

Les contractions se succédèrent en augmentant de force et de fréquence, de telle sorte qu'à quatre heures de l'après-midi, la dilatation était complète et la tête engagée dans le détroit. La position devint facile à déterminer; la fontanelle postérieure était au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et l'antérieure, beaucoup plus élevée, était derrière la cavité cotyloïde droite. L'action de l'utérus se soutint jusqu'à six heures du soir. La tête était alors dans l'excavation du bassin et avait franchi l'orifice. Dès ce moment les douleurs se ralentirent et les progrès cessèrent.

Le forceps devint nécessaire, et je l'appliquai de la manière suivante.

La branche droite entra la première devant le ligament sacro-sciatique gauche, puis l'extrémité de la cuiller chemina sur le côté du bassin, et arriva en montant par le mouvement spiral jusque sous le muscle obturateur gauche, appliquée sur le côté droit de la tête. La branche gauche se plaça directement au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, et sur le côté gauche de la tête.

Les deux branches réunies avaient leur bord concave tourné en avant et à droite; ce bord fut ramené directement en avant par un mouvement de torsion joint à l'abaissement léger des crochets, et le front se plaça ainsi derrière la symphyse pubienne. En élevant alors les crochets, je fis descendre dans la courbure sacro-périnéale l'occiput, qui bientôt franchit la commissure des grandes lèvres, en même

temps que le front se renfonçait derrière les pubis. Après cela, j'ôtai l'instrument et les efforts de la mère, aidés de mes doigts appuyés sur le haut du front, firent descendre la face sous l'arcade des pubis. Après la tête les épaules sortirent, la droite en avant, et la gauche en arrière : celle-ci sortit d'abord de la vulve, le reste du tronc suivit sans difficulté. Le périnée fut un peu échancré, quoique bien soutenu : du reste, rien de fâcheux dans les suites de couches. L'enfant cria à peine extrait ; il pesait sept livres, et c'était un garçon.

N° XLIX.

5e Position (4e). — *Forceps.*

Sortie de la tête sans rotation.

Séraphine B.....le, paysanne robuste, âgée de vingt-deux ans, se disant enceinte pour la première fois et à terme, souffrait et perdait de l'eau et du sang depuis la soirée du 3 mars 1820.

Les douleurs, d'abord fortes, s'étaient ralenties et graduellement éteintes. La dilatation s'était opérée fort lentement, et le 6 mars matin seulement elle était complète. Malgré ces progrès dans les phénomènes du travail, la tête restait immobile à peine engagée dans le détroit supérieur ; une grosse tumeur empêchait de distinguer sa position : cependant un angle osseux senti en avant et à droite, au-delà des bords de l'orifice et dans un lieu non tu-

méfié; cet angle, dis-je, indiquait la présence d'une fontanelle et caractérisait la cinquième ou la deuxième position. Ce n'était pas la seule chose que le toucher nous apprît. Cet angle osseux était fort saillant, fort détaché; il dénotait la laxité des sutures, la mollesse de la tête, et me fit présumer que l'enfant avait perdu la vie. La suite démontra la justesse de mes conjectures.

Une personne instruite fit, sous mes yeux, l'application du forceps.

La branche droite fut placée en premier lieu; elle pénétra dans le bassin; mais elle ne put être ramenée en avant et resta vers le côté gauche. La gauche entra du côté opposé et fut réunie à la première. Les doigts, portés jusqu'à l'orifice utérin, avaient dirigé l'instrument et préservé les organes de la mère.

Après le croisement des branches, les crochets restèrent très-écartés: cette circonstance indiquait que la tête était prise par les extrémités d'un grand diamètre: cependant je ne craignis pas d'agir sur-le-champ. Les crochets furent liés ensemble, et pour plus de sûreté, les cuillers le furent aussi près du pivot.

La tête, tirée dans la direction de l'axe du détroit supérieur, descendit un peu; mais bientôt le forceps glissa, sortit brusquement et échancra légèrement le périnée. Il fallut le replacer; il le fut comme la première fois; mais les crochets se trouvèrent moins écartés. La tête descendit encore un peu; l'instru-

ment s'échappait ; je le fis désarticuler pour le pousser plus avant. Alors, au premier effort, l'instrument descendit seul de près d'un pouce ; mais il resta ferme ensuite jusqu'à la fin.

Lorsque la portion de la tête qui répondait en avant fut sous les pubis, une simple élévation des crochets fit franchir le périnée au reste du crâne, après quoi la face sortit de dessous l'ischion droit. L'instrument ne servit de rien à ce dernier mouvement ; il était alors détaché.

Les traces du forceps se trouvèrent sur une tempe et derrière l'oreille opposée. L'enfant était gros ; il était mort depuis quelque temps, puisque l'épiderme s'en détachait en quelques endroits. La tête était allongée et conoïde ; du front à l'occiput elle n'offrait guère plus d'étendue que d'un côté à l'autre : elle était au reste fort molle, et les tégumens du crâne soulevés par un tissu cellulaire infiltré de sérosité et de sang : c'était surtout sur le pariétal et la tempe droite. Le périnée ne reçut aucun dommage autre que celui dont j'ai parlé.

Vers le huitième jour après son accouchement, cette femme, qui jusque là avait eu quelques difficultés d'uriner, commença à perdre involontairement son urine. Elle s'écoulait goutte à goutte et mêlée de pus, et dans les efforts de la toux on la voyait sortir du vagin. Il y avait à la paroi antérieure de ce canal des inégalités ; mais une sonde passée dans l'urètre n'était point sentie par le doigt mis dans le vagin.

Au bout de quatre à cinq jours, l'urine fut retenue et évacuée volontairement, et dissipa les trop justes craintes que nous avions eues jusque là de l'existence d'une fistule.

Plusieurs choses sont à noter dans cette observation.

1°. La nécessité de laisser les branches sur les côtés du bassin. Cela dépendait de l'élévation de la tête, qui ne permettait pas d'exécuter le mouvement en spirale.

2°. Le rapprochement des crochets après la deuxième application. Ceci peut tenir à trois causes: à un commencement de rotation, à la déformation du crâne, et à un léger abaissement de la tête qui a permis au forceps de l'embrasser plus étroitement dans la concavité de ses cuillers.

3°. Le glissement du forceps: il a été dû indubitablement à la mollesse de la tête; car ordinairement le forceps appliqué, soit du front à l'occiput, soit comme ici d'un des frontaux à la région mastoïdienne opposée, a toujours une prise suffisante et solide. Il est bien vrai qu'il n'embrasse pas alors la tête comme quand il la tient par ses côtés; il ne la saisit surtout du côté du front qu'avec l'extrémité de la cuiller; mais quand il est convenablement serré, il n'échappe point, à moins que la tête ne soit molle et flexible, comme l'était celle-ci à cause de son état de putréfaction.

4°. Dans la dernière tentative la descente brus-

que du forceps, puis sa solidité. Cela tient à ce que, introduit très-profondément, il pressait la tête avec le bas de ses cuillers : en tirant, les cuillers ont descendu jusqu'à ce que la tête ait été pressée par leur milieu et *embrassée* par leur courbure.

5°. La tuméfaction des tégumens du crâne, quoique l'enfant fût mort. (*Voyez*, premier Mémoire, *Diagnostic.*)

6°. Enfin les craintes que nous avons eues par rapport à l'intégrité de l'urètre ou de la vessie. La tête ayant séjourné long-temps dans le haut de l'excavation avait enflammé, engorgé la vessie et son col; l'urètre s'en est senti aussi sans doute : de là les difficultés d'uriner. A l'inflammation a succédé le dégorgement et l'inertie, le relâchement : de là l'incontinence d'urine. L'urine coulant goutte à goutte tombait de l'urètre dans le vagin tant que la femme était couchée sur le dos; elle s'y amassait en quantité assez grande pour constituer un écoulement remarquable à chaque effort de toux.

N° L.

5ᵉ Position (4ᵉ). — *Forceps.*

Le sujet de cette observation est une femme forte, quoique lymphatique, âgée de vingt-huit ans, réglée pour la première fois à l'âge de seize ans. Elle était enceinte de son premier enfant et à terme. Les membres inférieurs s'étaient un peu infiltrés dans les derniers mois.

Entrée à l'hospice le 15 mai à onze heures du matin, elle offrit une dilatation de huit à neuf lignes à l'orifice qui occupait le centre du bassin, quoique le fond de l'utérus fût incliné à gauche. Les membranes étaient rompues dès la veille, et quelques faibles douleurs en avaient produit la rupture. On sentait la tête au-dessus du détroit supérieur.

Les douleurs, faibles et rares pendant toute la journée, devinrent plus vives et plus fréquentes vers sept heures du soir. A dix heures la dilatation était complète, et pourtant la tête avait peu descendu, car à peine appuyait-elle sur le détroit. Les tégumens du crâne s'étaient tuméfiés; les forces de l'utérus s'épuisaient, et il fallut suppléer la nature défaillante.

Le forceps fut préféré à cause de l'absence de l'eau de l'amnios. Pour l'appliquer, il fallut s'assurer de la position. La suture sagittale, qu'on avait vaguement sentie, laissait, par sa direction, une indécision complète entre la deuxième et la cinquième. En avançant la main toute entière, je découvris, en avant et à droite, la fontanelle antérieure et le haut du front: c'était bien la cinquième. Le forceps fut introduit comme dans le cas précédent: les branches ne purent être commodément réunies qu'après être devenues tout-à-fait *latérales*.

Je fis tirer vers l'anus, et la tête franchit le détroit. On continua de tirer en relevant lentement les crochets, et les tractions étaient dirigées tout-

à-fait en avant quand la tête s'offrit au détroit inférieur. J'ôtai alors le forceps ; le front se tourna derrière les pubis, se releva derrière leur symphyse, tandis que l'occiput franchissait le périnée : le reste alla bien.

Le périnée fut intact.

Une hémorrhagie interne suivit de près l'accouchement, et cessa par l'introduction de la main et l'extraction des caillots.

L'enfant pesait sept livres : il mourut dans la nuit suivante, malgré tous les soins po ssibles.

N° LI.

POSITION TRANSVERSALE (5e). — *Forceps au détroit supérieur.*

L. V....e, âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, réglée depuis sa quinzième année, quatre jours chaque mois, commença le 11 novembre 1810 à ressentir les douleurs préparatoires de son premier accouchement. Elle vint à l'hospice le lendemain à quatre heures du soir : il y avait alors trente heures que les membranes étaient rompues. L'orifice utérin, à peine ouvert, était épais et dur ; la tête du fœtus couverte d'une tumeur et appuyant sur le détroit supérieur du bassin. Nul changement pendant la nuit ni la journée suivante. L'étroitesse de l'orifice ne permettait de rien tenter de décisif, et

l'on se borna *à la saignée*, *aux bains* et *aux injections*.

Le 13, à quatre heures du matin, la dilatation se trouva complète; mais la tête, toujours à peine engagée dans le détroit abdominal, et tellement dirigée, que le front était tout-à-fait à droite et l'occiput à gauche, et absolument au même niveau.

Le resserrement de l'utérus, depuis long-temps vide d'eau, éloignait tout projet d'extraction par les pieds : le forceps fut donc préféré. La position n'avait pas d'abord été reconnue telle que je viens de le décrire ; la tumeur l'empêchait, et, réduite à des conjectures, je devais croire à la première position. Le forceps, placé diagonalement d'après cette opinion, avait nécessairement mal saisi la tête : l'écartement considérable des crochets l'indiquait assez ; je rencontrai d'ailleurs, en exerçant des tractions, une résistance trop considérable. Je ne voulus pas insister davantage avant d'avoir dissipé mes incertitudes : une main, portée dans le vagin, éclaircit mes doutes. En conséquence, je portai d'abord la branche gauche sous la symphyse pubienne ; mais la droite ne put passer entre l'angle sacro-vertébral et la tête; il fallut me contenter de tenir la première sous l'éminence ilio-pectinée droite, et la deuxième sur la symphyse sacro-iliaque gauche. En cherchant à réunir les branches je les sentis glisser sur les côtés du bassin; la tête se trouva prise du front à l'occiput : cependant elle

descendit aisément jusqu'au détroit inférieur : là elle fut abandonnée aux efforts de la nature ; l'instrument fut ôté. L'utérus avait dès long-temps cessé de se contracter, et les efforts de la femme ne parvinrent qu'à opérer la *rotation horizontale*, qui amena l'occiput dans l'arcade.

Après ce mouvement la tête n'avança plus : l'étroitesse de la vulve s'opposait à sa sortie : il fallut réappliquer le forceps. Rien de plus simple que l'extraction ; le périnée resta intact, et tellement même que la sortie des épaules en fut empêchée au point de me forcer à porter le crochet mousse sous l'aisselle gauche, qui était en arrière.

L'enfant était volumineux ; il était mort ; son cordon était flasque, et les liquides qui le suivirent étaient fétides. La mère s'est bien rétablie.

Ce fait doit faire naître plusieurs réflexions nouvelles. D'abord, quel était l'obstacle à l'avancement de la tête au détroit supérieur ? Cet obstacle me paraît devoir être attribué moins à la direction *transversale* en elle-même, qu'à la direction *horizontale* du crâne. C'est cette *horizontalité*, s'il est permis de parler ainsi, qui *allonge* les diamètres. Qu'on ne s'étonne pas que le forceps ait pourtant fait passer la tête dans cette direction, même en ajoutant à son diamètre l'épaisseur de ses branches : la résistance était probablement opposée par les muscles psoas, et ces muscles ont dû céder aisément à la pression du forceps.

Une deuxième réflexion doit être inspirée par la nécessité d'une deuxième application au détroit inférieur. Dans la pratique particulière on passerait en pareil cas, pour avoir manqué son coup et avoir laissé son opération imparfaite : cependant il est aisé de voir que c'est alors ce qu'il y a de mieux à faire. La tête est descendue transversale ; il faut que la rotation s'opère, ou spontanément, ou artificiellement ; et, dans un cas comme dans l'autre, il faut une application nouvelle. La sortie de la tête en travers de la vulve est trop dangereuse, surtout quand la vulve est étroite, pour qu'on puisse l'essayer.

N° LII.

Position transversale (5ᵉ de ma classificat.).— *Forceps pour inertie et rigidité utérine.*

B........, âgée de vingt-deux ans, fortement constituée et réglée peu abondamment dès l'âge de quinze ans, était enceinte pour la première fois. Le travail se déclara le 4 novembre 1819, vers le soir.

La face était rouge et la malade se plaignit de céphalalgie. (*Saignée de trois palettes.*)

Le lendemain, la tête s'engagea dans le détroit supérieur sans que la dilatation de l'orifice fît des progrès sensibles ; il était à peine ouvert, dur et épais ; urines rares et difficilement excrétées. (*Demi-bains.*) Pendant toute la journée du 5 au 6 no-

embre, même état. (*Nouvelle saignée, bain de iége, cathétérisme.*)

Le 7, affaiblissement graduel des douleurs utérines; dilatation un peu accrue, *rupture des membranes*.

8 *novembre matin*. La tête, plus engagée dans le étroit, poussait l'orifice et le distendait violemment; contractions utérines presque nulles, épreintes vésicales continuelles. (*Cathétérisme* difficilement opéré.)

La tête était dirigée tout-à-fait en travers, le front droite et l'occiput à gauche.

L'orifice était assez dilaté pour recevoir le forceps, et je l'appliquai. Comme à la hauteur où se trouvait alors la tête, l'angle sacro-vertébral est le principal obstacle à l'application du forceps sur les pariétaux, je commençai par la branche droite; mais il fut alors impossible de faire avancer l'autre sous les pubis; elle resta sous l'éminence ilio-pectinée droite; et, pour la réunir à la première, il fallut que celle-ci se portât vers la symphyse sacro-iliaque gauche. La tête se trouva ainsi prise entre la tempe droite et la région mastoïdienne gauche, néanmoins elle avança sans grande difficulté; elle franchit l'orifice, et quand elle fut parvenue dans le bassin, les branches se plaçant d'elles-mêmes sur les côtés de cette cavité, tournèrent l'occiput un peu en avant, et commencèrent ainsi le mouvement de rotation, qui s'acheva par les seuls efforts de la femme lorsque le forceps eut été extrait. La

tête était alors à la vulve ; elle sortit sans peine, e sans peine le tronc la suivit.

L'enfant était si vigoureux qu'il n'eut besoin d'aucun secours particulier.

La mère fut prise peu après de fièvre, de rétention d'urine et de crampes réitérées dans la cuisse et la jambe droites.

La sécrétion du lait dans les mamelles ne s'opéra point, et malgré toutes les representations, cette femme sortit de l'hospice le neuvième jour encore gravement malade.

Il aurait autant valu introduire directement les cuillers sur les côtés du bassin ; on aurait eu une prise tout aussi solide, un diamètre à peine plus considérable, et on aurait évité des tâtonnemens douloureux et fatigans. Tout cela est vrai ; mais devant les élèves on craint quelquefois de se mettre en contradiction avec les règles.

N° LIII.

Position presque transversale (6e). — *Forceps.*

La femme avait vingt-neuf ans, elle était robuste, bien portante et au neuvième mois de sa deuxième grossesse. Elle arriva le 26 janvier 1811 : le travail commençait.

A neuf heures du soir, *ouverture des membranes* et dilatation complète ; la tête est sentie au détroit

supérieur, le front à gauche et au-dessus de l'échancrure sciatique, l'occiput à droite et vis-à-vis le devant de la fosse iliaque. A dix heures, la tête s'est plongée dans l'excavation et a franchi l'orifice en conservant sa direction première : alors elle reste immobile, ou bien n'exécute qu'un très-léger mouvement rotatoire qui la rapproche à peine de la deuxième position. Le 27 matin, une tumeur s'était formée sur le pariétal gauche : du reste rien n'avait changé.

J'appliquai le forceps en commençant par la branche droite, et je parvins à l'amener jusque sous la symphyse pubienne ; j'introduisis ensuite la branche gauche dans la courbure du sacrum et je les réunis toutes deux. Le mouvement de jonction des branches avait déjà fait faire à l'occiput un pas en avant. Une légère torsion l'amena dans l'arcade et l'élévation des crochets suffit pour l'extraction totale de la tête. Tout le reste fut simple, facile et heureux.

Le cas présent diffère trop du précédent pour qu'on puisse les confondre. Ici on a pu placer les branches du forceps sur les côtés de la tête, parce qu'elle était fort basse. Elle était trop haute dans le cas précédent, et l'angle sacro-vertébral s'y opposait. En outre ici le front était à gauche (6e position) : il était à droite (5e position) dans l'observation qui précède.

N° LIV.

Position transversale (5e). — *Forceps.*

Voici, quant au procédé opératoire, un fait tout semblable au précédent.

La nommée T......, marchande de tisane, enceinte pour la troisième fois, commença à souffrir le 10 mars 1817.

Vers quatre heures du matin (11 mars), les *membranes s'ouvrirent*, et on trouva la dilatation faite et la tête dans le vagin, et par conséquent dans l'excavation, dirigée absolument en travers, le front à droite et l'occiput à gauche. La tête ne cessa de s'avancer que quand elle fut au détroit inférieur : alors elle s'arrêta et les douleurs cessèrent presque entièrement.

Vers midi, j'appliquai le forceps. On sentait aisément une oreille derrière les pubis : c'était la droite. Sur cette oreille fut appliquée la branche gauche ; la droite saisit la partie opposée, et toutes deux réunies opérèrent, par l'élévation et la torsion de leurs crochets, la rotation de la tête. Une fois l'occiput placé dans l'arcade, la tête, qui faisait saillir le périnée, fut débarrassée du forceps, et quelques douleurs expultrices excitées par la pression de mes doigts sur le bord antérieur du périnée, produisirent le dégagement de la tête, que suivit immédiatement celui du tronc.

L'enfant était mort. La mère s'est rétablie.

C'est encore au peu d'élévation de la tête qu'a été due la facilité de l'application du forceps. La première cuiller a été insinuée par le mouvement spiral ordinaire, et elle a surtout avancé au moyen de l'abaissement considérable imprimé à son crochet.

Les traces que l'instrument laissa sur les côtés de la tête prouvèrent qu'il l'avait embrassée d'une oreille à l'autre presque transversalement : pourtant la trace droite était un peu rapprochée de la tempe et de la région parotidienne, et la gauche de la région mastoïdienne. La tête ainsi saisie a pu recevoir aisément le mouvement de rotation que nous lui avons imprimé doucement et graduellement. C'est un avantage dont on est toujours privé quand le forceps a pris la tête ou longitudinalement ou diagonalement ; ainsi je ne me détermine à la prendre ainsi que dans les cas de nécessité absolue : cette rotation est toujours un pas de fait ; c'est un temps de gagné sur celui que la nature doit employer à l'expulsion du fœtus après qu'on a, suivant ma méthode, extrait le forceps.

N° LV.

Position transversale (5e). — *Forceps pour rétrécissement du bassin.*

Cette femme-ci était mal conformée ; son bassin fut estimé à trois pouces, mesure prise du diamètre sacro-pubien du détroit abdominal. Elle se disait enceinte pour la première fois.

Le travail se déclara le 1er mars à trois heures du soir. Ce fut alors que je m'assurai positivement des dimensions du bassin. Outre ce que m'avait déjà appris un premier examen, je trouvai encore que le diamètre ischiatique du détroit inférieur n'avait que deux pouces et demi, et que l'épine sciatique gauche faisait en dedans une saillie remarquable. La dilatation commençait, et la tête était haute.

A trois heures du matin (2 mars), *rupture des membranes*, dilatation complète, douleurs toujours fortes ; la tête s'engage transversale (le front à droite) dans le détroit, puis dans l'excavation ; elle y reste jusqu'à deux heures de l'après-midi. Alors les douleurs s'affaiblirent et disparurent; l'orifice, franchi, était remonté vers le col du fœtus ; le forceps était devenu la seule ressource rationnelle.

La branche gauche fut glissée jusque sous la symphyse pubienne en cheminant obliquement au côté droit du bassin. La droite fut enfoncée avec peine dans la courbure du sacrum ; l'extrémité de la cuiller était continuellement arrêtée par la courbure trop prononcée de cet os. Le *bord concave* de l'instrument regardait donc tout-à-fait à *gauche* : il fut ramené en avant *avec l'occiput* par la torsion et l'élévation des crochets. L'occiput une fois dans l'arcade, l'élévation des crochets et des tractions modérées suffirent pour extraire la tête.

L'enfant né pesait que quatre livres; il s'est bien porté. La branche gauche avait laissé son empreinte

sur la tempe droite, et la branche droite sur l'oreille gauche.

Mêmes réflexions que pour les faits précédens : tête basse, application presque latérale du forceps, rotation artificielle. Ici il y a eu pourtant quelque chose de plus : c'est que l'extraction a été opérée *toute entière* par l'instrument, et que nous n'avons point, comme de coutume, confié à l'utérus et aux muscles abdominaux l'expulsion ultérieure du fœtus. Cette modification du procédé opératoire a été rendue nécessaire par la difformité du détroit inférieur. L'instrument était nécessaire dans le dernier temps de l'opération, sinon pour attirer, du moins pour conduire la tête ; car la courbure très-prononcée du sacrum la força de sortir plus *en avant* et plus *en haut* qu'à l'ordinaire.

L'enfant n'a vécu qu'à cause de son petit volume.

N° LVI.

POSITION TRANSVERSALE (5e). — *Forceps pour rétrécissement du bassin.*

Il s'agit encore ici d'un bassin difforme. La femme avait trente et un ans ; elle était faible, pâle et lymphatique, réglée dès l'âge de seize ans, et peu abondamment. C'était, à son dire, sa première grossesse. Elle n'avait marché qu'à l'âge de trois ans.

Le toucher fit reconnaître que son bassin était vicié de manière que la courbure du sacrum, très-

prononcée et très-courte, permettait à l'index de sentir aisément l'angle sacro-vertébral.

Le même doigt, par l'élévation de la main vers l'arcade, mesurait une étendue de quatre pouces moins un quart. Il en fallait déduire six lignes pour l'obliquité du doigt ; restaient trois pouces et un quart pour le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal.

Le 1er septembre 1818, à quatre heures du matin, cette femme vint à la salle des accouchemens, éprouvant les premières douleurs. L'orifice était peu ouvert, mais très-dilatable ; les membranes bombaient dans les douleurs, et dans leur intervalle on touchait la fontanelle postérieure vis-à-vis l'ilium gauche, et l'antérieure un peu plus haut vers l'ilium droit. Les douleurs étaient fréquentes, et affectaient surtout la région lombaire.

Les *membranes se rompirent* d'elles-mêmes vers dix heures; la position fut confirmée; les douleurs augmentèrent de force et de fréquence, et cependant la tête ne descendit pas ; elle parut descendre un peu, mais la tuméfaction produisit seule cette apparence : elle resta sur le détroit supérieur jusqu'à dix heures du soir, époque à laquelle j'annonçai la nécessité du forceps.

La branche droite fut placée entre l'angle sacro-vertébral et le pariétal gauche ; l'autre pénétra obliquement pour se placer entre les pubis et le pariétal droit. Ce dernier mouvement ne fut pas, à beaucoup près, des plus faciles : il fallut tâtonner. Après

la réunion des branches, tractions inutiles. Le forceps, nécessairement porté fort en arrière dans la direction de l'axe du détroit supérieur, pressait douloureusement le périnée et repoussait le coccyx; ses cuillers, serrées entre les pubis et le sacrum avec la tête qu'elles contenaient, ne pouvaient descendre. J'ôtai les branches et je les introduisis hardiment sur les côtés du bassin, annonçant aux élèves que la tête était saisie du front à l'occiput : bientôt elle fut à la vulve, et le forceps, extrait alors, laissa s'opérer librement le mouvement de rotation horizontale. Il eut lieu de la manière ordinaire aux premières positions. La tête sortit presque aussitôt, et le tronc un moment après. L'enfant était mort; la mère s'est bien portée.

S'il y avait ici quelque chose de semblable à l'enclavement, ce n'était certainement pas cet enclavement solide nommé *paragomphose*, puisque le forceps a pu en quelque sorte cerner la tête. La hauteur de la tête, et non sa constriction, a nécessité l'application du forceps du front à l'occiput, et cela n'a pas mal réussi.

C'est néanmoins une chose remarquable que la facilité avec laquelle, dans un bassin ainsi vicié, nous avons pu placer les cuillers du forceps au détroit supérieur, l'une en avant, l'autre en arrière. Cela tenait sans doute au volume médiocre de la tête et à sa mollesse (putréfaction commençante); cela tenait aussi à sa mobilité, qui lui permettait de re-

monter pour être saisie par les cuillers, et à la *brièveté* du sacrum, qui permettait à ces cuillers de porter leur convexité au-delà de l'angle sacro-vertébral. Il résultait de là que la tête pouvait bien être prise, mais non passer ainsi dans le détroit. Dès que la saillie convexe des cuillers se trouvait près de l'angle sacro-vertébral, l'instrument était dirigé en arrière par l'obliquité considérable du détroit supérieur; si on tirait plus en avant, les pubis arrêtaient la convexité susdite, et s'opposaient à ce qu'elle dépassât le détroit : une application latérale sauva tous ces obstacles.

N° LVII.

POSITION TRANSVERSALE (5e) changée spontanément en 5e de Baudelocque (4e). — *Forceps pour suspension du travail.*

Une femme de vingt-trois ans, sanguine et forte, réglée abondamment dès l'âge de quinze ans, était enceinte de son premier enfant.

Admise avant terme à l'hospice, elle y attendit la fin de sa grossesse, et ressentit les premiers symptômes du travail puerpéral le 12 octobre 1811, à deux heures du matin. Examinée peu après, elle offrit une dilatation de dix-huit à vingt lignes, un orifice à bords souples, des membranes convexes et tendues sous l'influence de douleurs fortes et rapprochées. En peu de temps dilatation complète; la tête s'approche du détroit supérieur, les mem-

branes se rompent, et elle ne descend pas. Une tuméfaction considérable empêchait, le soir, d'en reconnaître la position; mais elle était descendue dans l'excavation, et bientôt elle franchit l'orifice.

Alors on sent distinctement la fontanelle antérieure à droite, et la postérieure à gauche et plus bas. Cependant les douleurs continuent; le doigt appliqué sur la fontanelle postérieure en suit les mouvemens; il la sent marcher en arrière en s'abaissant davantage : la position est devenue une cinquième ordinaire. Après cela, immobilité complète, douleurs nulles. Même état toute la nuit; en outre céphalalgie, anxiétés, malaise, vomissemens jaunâtres.

La nature ne faisant plus aucun frais pour la terminaison de l'accouchement, M. Dubois, qui fut consulté, jugea le forceps nécessaire et se chargea de l'opération.

Le forceps fut employé suivant les règles de l'art, et placé obliquement de manière que son bord concave répondait à la face du fœtus, et en avant et à droite du bassin; les crochets inclinés en arrière et à gauche : on les releva doucement en les rapprochant de la ligne médiane et en leur imprimant une légère torsion. La tête roula et le front se plaça derrière les pubis. Alors tirant vigoureusement en haut, on dégagea l'occiput au-devant du périnée, puis détachant l'instrument, on vit la tête tomber comme d'elle-même en arrière, dégageant la face par son propre poids. Du reste, rien de remarqua-

ble. L'enfant, né faible, s'est promptement ravivé. Son poids était de cinq livres trois quarts. Suites de couches très-heureuses.

Cette marche est rare dans les positions transversales; plus ordinairement elles se réduisent à la première ou à la deuxième : celle-ci aurait dû se réduire à la première.

N° LVIII.

Position transversale (5e un peu inclinée vers la fontanelle antérieure). — *Forceps.*

Sortie sans rotation.

D...l, femme de vingt-huit à trente ans, d'embonpoint notable, enceinte pour la première fois et à terme, commença à souffrir le 27 octobre 1820.

Depuis l'âge de sept ans, cette femme est hémiplégique; ses deux jambes sont atrophiées et déformées; la colonne lombaire est déviée, et il y a eu là un abcès considérable. Les pubis sont peu arqués et la vulve étroite.

Travail lent, *bains*, *saignée*, etc.

28 *matin*. La tête a en partie franchi l'orifice; elle est dans l'excavation; elle est transversale, de telle sorte que la fontanelle antérieure est vers le côté droit, mais rapprochée du centre, et *presque aussi basse que la postérieure*. La suture sagittale appuie sur le bas du sacrum.

Application du forceps. La branche gauche ne

put avancer que sur le côté du bassin, et par conséquent sur le front; la droite fut appliquée de l'autre côté et sur l'occiput. L'orifice utérin, qui n'avait pas complètement remonté vers le col, força d'introduire la main dans le vagin pour guider les cuillers.

Les branches articulées, les crochets présentèrent un écartement considérable; ils furent liés ensemble. On tira doucement en les relevant. La tête avança toujours transversale, et quand elle fit fortement saillir le périnée, je crus devoir ôter l'instrument. Je n'en eus pas le temps : la tête sortit sans rotation; le pariétal droit se releva au-devant des ischions. Le périnée, bien soutenu, fut préservé de la déchirure, qui paraissait inévitable. La délivrance a suivi de près. Le col de l'utérus me parut dur en avant et mou en arrière, et échancré des deux côtés, le corps dur et contracté.

L'enfant a crié tout de suite : c'était un garçon de sept livres. Il avait une trace du forceps sur la racine du nez et le front, et une autre sur l'occiput et la nuque.

La mère a été menacée de péritonite; les sangsues l'ont promptement débarrassée : elles ont aussi dissipé une douleur fixe qui a duré plusieurs jours dans la région de la symphyse pubienne.

L'application du forceps fut faite, cette fois, sous mes yeux, par une personne de confiance.

Le resserrement des deux branches de l'arcade

pubienne, qui rapprochait la forme de ce bassin de celle du bassin de l'homme, est probablement une des causes qui ont empêché la branche gauche du forceps de passer en avant et de s'en tenir à une application occipito-frontale. L'orifice utérin, que j'ai trouvé échancré sur les côtés, l'était sans doute avant l'opération, car elle n'offrit point de difficultés; on n'y employa aucune violence et on ne chercha à vaincre aucune résistance: cet accident tenait, je pense, à la rigidité de l'orifice. Au reste, rien de fâcheux n'en a été la suite. On sait que des échancrures plus ou moins profondes ont lieu vers un des côtés de l'orifice dans presque tous les premiers accouchemens; les cicatrices qu'elles laissent en font foi : c'est même un des principaux signes auxquels, *chez une femme qui n'est pas en travail*, on reconnaît qu'il y a déjà eu un accouchement. Ces échancrures se font d'ordinaire du côté où passe l'occiput, à gauche dans la première position, etc.; elles n'ont rien de dangereux quand elles ne sont pas très-profondes.

N° LIX.

POSITION TRANSVERSALE (5e). — *Forceps pour suspension des douleurs.*

Sortie sans rotation.

Pat.....r, âgée de vingt-deux ans, paraissant forte et sanguine, se disait enceinte pour la première fois et à terme.

Le 15 mai 1816, elle ressentait depuis quelques heures des douleurs faibles et éloignées, quand tout-à-coup les membranes se rompirent : il était huit heures du soir. La dilatation s'acheva bientôt, la tête du fœtus marcha rapidement et descendit dans l'excavation pelvienne, sans toutefois franchir l'orifice utérin ; elle saillait entre les lèvres de la vulve sans s'être encore débarrassée de cet orifice, qu'elle avait fait descendre avec elle. Là, elle s'arrêta tout-à-fait et les douleurs cessèrent. Le 16, à huit heures du matin, nul changement.

Le forceps est indiqué et appliqué. La peau du crâne, énormément tuméfiée, cachait les sutures et les fontanelles, et la tête était si basse que l'on supposa qu'elle avait roulé horizontalement et que l'occiput était en avant. L'événement nous détrompa; car le forceps, appliqué facilement et simplement sur les côtés du bassin, amena la tête dans une direction transversale, le front à droite et l'occiput à gauche. Ce fut ainsi qu'elle traversa la vulve sans lésion du périnée, qui fut vigoureusement soutenu, et par un mécanisme tout semblable à celui du fait précédent.

L'enfant périt peu après sa naissance, et par suite d'un affaiblissement graduel que rien ne put arrêter ni expliquer.

La délivrance fut simple et suivie d'une légère hémorrhagie qui s'arrêta spontanément.

Le lendemain il survint des douleurs abdominales, une rétention d'urine et de la fièvre.

La péritonite fit des progrès malgré les anti-phlogistiques, les évacuans et les dérivatifs, et Pat.....i succomba le troisième jour.

C'est sans doute à ce défaut de rotation de la tête qu'il faut attribuer la suspension des douleurs et l'immobilité du fœtus, et c'est peut-être à la longueur du travail qu'il faut attribuer la péritonite. On ne doit donc jamais compter sur la sortie de la tête transversalement placée, *si la rotation ne s'opère pas*, pas plus que sur celle de la tête placée diagonalement si la rotation ne peut se produire. L'art doit terminer de pareils accouchemens. Quant à la cause qui a empêché ici la rotation de se faire, j'avoue qu'elle m'est tout-à-fait inconnue.

Il est bon de faire remarquer encore que la branche gauche du forceps n'a point porté sur la *face*, mais sur le *front*.

Cela tient à ce que le front seul se trouvait comme d'ordinaire au niveau de l'occiput, et même un peu plus élevé que lui : or, les deux branches réunies pénètrent nécessairement à la même hauteur : donc si l'une est appliquée sur l'occiput, l'autre ne peut aller au-delà du front. Nous l'avons déjà démontré ailleurs.

N° LX.

Position presque transversale (5e espèce, ou 1re variété de la 5e espèce).—*Forceps.*

Jeanne Barb..r, âgée de vingt-sept ans, femme courte et grosse, à peau brune, paraissant robuste et cependant ridée et vieille, était enceinte pour la première fois et parvenue à la fin du neuvième mois.

Lorsque je la touchai, le travail durait depuis vingt-six heures, *les membranes étaient rompues*, les douleurs étaient nulles ou très-faibles et très-rares ; la tête, volumineuse, occupait l'excavation du bassin. Je trouvai bien distinctement, malgré la tuméfaction, la suture lambdoïde et l'occiput tournés vers la face interne de l'ischion gauche, peut-être pourtant un peu plus en arrière et un peu plus abaissés que le reste du crâne. La vulve et le vagin offraient une étroitesse remarquable.

Quant à l'état général, abattement, fatigue, soif vive, chaleur à la peau, céphalalgie, fièvre. *Une saignée de deux palettes et un demi-bain* n'ont nullement avancé les affaires. Je propose le forceps, et la malade accepte sans réflexions : en général elle montre beaucoup de courage passif : pourvu qu'il ne faille de sa part aucun mouvement, elle consent à tout.

La tête du fœtus se voyait entre les lèvres de la vulve à un pouce de profondeur.

La branche gauche put sans peine être glissée obliquement jusque sous les pubis ; mais la droite ne put s'enfoncer dans la courbure du sacrum : la tête, poussée en arrière, lui défendait tout passage, et son extrémité heurtait contre le haut de la courbure; l'abaissement de son crochet ne la fit pas entrer plus aisément.

J'ôtai donc la branche gauche et j'eus la facilité de disposer convenablement la droite ; mais il fut dès-lors impossible de faire avancer sa congénère au-delà de la région cotyloïdienne droite. En articulant les branches, je sentis la droite s'avancer vers l'échancrure sciatique gauche ; je crus un moment que la tête avait roulé en même temps et que l'occiput s'était rapproché de l'arcade : elle n'était que devenue tout-à-fait transversale et remontée un peu plus haut. Saisie obliquement comme elle l'était, elle fut attirée vers l'extérieur ; en même temps les cuillers du forceps devinrent tout-à-fait latérales par rapport au bassin, et par conséquent l'occiput se tourna un peu en avant. Le vertex distendait le périnée. Je désarticulai doucement le forceps et je l'ôtai avec précautions. En ôtant la dernière branche (droite), je favorisai sans le vouloir la rotation de la tête; l'occiput entra dans l'arcade. Deux douleurs utérines et quelques efforts qu'on parvint à obtenir de Jeanne Barb..r, expulsèrent la tête, et le reste suivit immédiatement.

L'enfant était fort gros; il ne donna aucun signe de débilité. La branche gauche du forceps avait *fait*

trace sur le *haut du frontal droit* : cela tenait à l'abaissement de l'occiput. La branche droite s'était imprimée derrière et sous l'oreille gauche.

Après l'accouchement, perte de sang légère et promptement suspendue ; mais continuation de la fièvre et menace de péritonite.

Malgré l'évacuation de *six palettes de sang*, tirées en trois fois, dont la dernière a produit la syncope ; malgré plus de *soixante sangsues* appliquées à la vulve et à l'hypogastre ; malgré les *bains*, le *cataplasme*, les *laxatifs*, les *narcotiques*, etc., la péritonite fit des progrès effrayans, et enleva cette femme le cinquième ou sixième jour de sa couche.

Un épanchement séro-purulent occupait la cavité du péritoine. L'épiploon adhérait à l'utérus et était fortement tendu par la réduction de ce viscère dans l'hypogastre. Nulle lésion de l'orifice utérin ni de l'utérus lui-même ; légère déchirure au périnée.

Cette adhérence de l'épiploon à l'utérus a-t-elle été la cause de son inertie après l'accouchement et de l'hémorrhagie qui a eu lieu alors ? La fatigue de l'organe à la suite d'un travail si long l'explique beaucoup mieux, ce me semble.

Je ne répète pas ici les réflexions que m'ont maintes fois inspirées des cas analogues sur les difficultés de l'application du forceps sur les côtés de la tête. C'est surtout au détroit supérieur que cela est difficile : on voit ici que la chose n'est pas facile non plus dans l'excavation pour les *positions transversales*.

On notera la rotation que les branches du forceps ont imprimée isolément à la tête, soit dans le premier, soit dans le dernier temps de l'opération. Une très-légère impulsion a suffi pour cela, parce que telle était la tendance de la nature.

Encore une remarque. Ces femmes à la fois paresseuses et courageuses ne sont pas très-rares; on en voit beaucoup qui ne veulent faire aucun frais, et qui aiment mieux souffrir davantage, pourvu qu'il leur en coûte moins de travail. Quelquefois cette insouciance, cette paresse tiennent à la fatigue, à l'épuisement, au découragement et à l'impatience. Nous voyons aussi quelquefois des femmes paresseuses mais craintives : nul raisonnement ne peut les déterminer à faire le moindre effort; mais l'approche d'un instrument leur donne des forces et un courage tout nouveau : c'est une disposition plus favorable.

N° LXI.

2e Position. — *Perforation du crâne; Forceps.*

La nommée R....t, âgée de vingt ans, et déjà accouchée une fois, nous fut apportée le 11 mai 1815.

On avait, à deux reprises différentes, essayé l'application du forceps, et la sage-femme qui avait recueilli cette malheureuse n'avait eu recours à notre hospice que comme à la dernière ressource.

R....t était en travail depuis quarante-huit heures : depuis vingt-quatre, les membranes étaient rompues, et la tête était immobile sur le détroit supérieur et placée dans la deuxième position.

L'utérus était un peu (fort peu) incliné en avant et à droite ; la tête était bien dirigée, puisque la fontanelle postérieure se laissait aisément sentir derrière l'éminence ilio-pectinée droite. Il y avait eu des douleurs très-énergiques, et il en paraissait encore de temps à autre ; le bassin paraissait très-bien conformé : pourquoi donc la tête n'était-elle pas descendue dans l'excavation ? C'est un problème que, pour mon compte, je chercherais vainement à résoudre.

L'enfant ne remuait plus depuis long-temps, tout annonçait qu'il était mort ; la peau du crâne était même beaucoup moins tuméfiée qu'on n'aurait dû l'attendre d'un si long travail, et la tumeur était molle et comme œdémateuse.

Ne connaissant pas l'obstacle qui retenait la tête, je commençai par diminuer son volume. J'y parvins à l'aide du perce-crâne de Smellie (1). Il ouvrit la suture sagittale fort près de la fontanelle postérieure. La masse du cerveau, broyée par l'instrument et délayée par des injections d'eau tiède, sortit en grande partie.

(1) M. le professeur Dubois, qui est consulté dans tous les cas difficiles, m'a confié dans presque tous ceux-ci la terminaison de l'accouchement.

J'appliquai alors le forceps, et sans m'inquiéter des règles ordinaires, je plaçai les branches sur les côtés du bassin. La tête, affaissée, vint sans peine, le tronc la suivit.

L'enfant commençait à se putréfier ; son volume était égal à celui d'un enfant de sept livres. C'était un garçon.

La mère avait de la fièvre, même avant son accouchement : cette fièvre ne cessa qu'après la sécrétion du lait : dès-lors plus de malaise, et bientôt rétablissement parfait.

Je rappellerai, relativement à l'application du forceps, ce que j'ai dit ailleurs, que peu importent en pareil cas les diamètres par lesquels on saisit la tête : elle est vide, elle est molle et réductible ; ses diamètres s'accommodent à ceux du bassin dans quelque direction qu'elle descende, surtout quand c'est le forceps qui l'amène en la serrant et l'aplatissant.

Nº LXII.

Position transversale et inclinée (pariétal droit, 6e variété de la 5e espèce). — *Forceps*, *Perce-crâne*, *Crochet aigu*, *crochet mousse*.

La nommée M....t, âgée de vingt-quatre ans, rachitique, ayant les tibias fortement courbés en avant, était cependant déjà accouchée deux fois et sans peine. L'un de ses enfans avait quatre ans, et l'autre deux, lorsqu'elle se présenta à nous enceinte de neuf mois, et souffrant depuis trois jours.

24 *avril* 1820. Commencement des douleurs, qui persistèrent presque sans interruption jusqu'à la terminaison de l'accouchement.

27. Dilatation complète, *eaux évacuées ;* tête du fœtus au-dessus du détroit supérieur. Le matin, un jeune accoucheur tente quatre fois l'application du forceps, et quatre fois l'instrument échappe. Le soir, on nous apporte la malade : elle est pâle, abattue, se plaint de fatigues extrêmes et de douleurs continues, mais peu vives. La vessie, très-développée et close par la compression de l'urètre, ne peut être vidée qu'après plusieurs tentatives de cathétérisme et l'apposition de la femme sur le bord du lit.

L'abdomen est volumineux, l'utérus oblique en avant, au point de faire un angle droit avec les pubis.

On ne sent dans le bassin que la peau du crâne tuméfiée ; la position n'est point appréciable, et l'angle sacro-vertébral est accessible (quoique difficilement) à l'extrémité du doigt explorateur.

Depuis sept heures jusqu'à huit durèrent les efforts que je tentai pour la délivrance. Cet espace de temps fut employé :

1°. A l'*application du forceps.* La première position était présumable ; mais il fut de toute impossibilité d'avancer la branche gauche sur l'éminence ilio-pectinée ; à grande peine pouvait-on la retenir sur le côté droit du bassin. Il n'était pas moins difficile de maintenir au côté gauche la branche droite, tant était forte la tendance qu'avaient toutes deux

à glisser dans la courbure du sacrum, parce qu'elle était plus prononcée que d'ordinaire.

Après bien des essais (dans lesquels j'eus toujours soin de suivre les branches jusqu'à l'orifice, que la tête n'avait franchi que partiellement), je parvins à serrer les cuillers latéralement appliquées. Elles n'étaient point assez enfoncées; un obstacle les repoussait; je pensai qu'il était produit par l'orifice *interne*. Aussi, quoique réintroduit quatre à cinq fois, toujours l'instrument descendait sans la tête, et sans mes soins il serait plus d'une fois sorti des parties génitales.

2°. A l'*emploi du perce-crâne*. Le travail durait depuis long-temps; l'enfant avait déjà souffert bien des violences, tant de la part de l'art que de celle de la nature; la mère n'en avait, depuis douze ou quinze heures, perçu aucun mouvement : sa mort était plus que probable. Le forceps fut laissé en place; le perce-crâne traversa la tumeur et s'arrêta sous un os convexe. Un doigt porté dans l'ouverture suivit, en détachant le périoste, une surface qui parut être celle d'un pariétal, et arriva en arrière et à gauche à une suture membraneuse dont les os se croisaient. Ce croisement donna moyen de percer la suture, et avec un peu de travail, je parvins à percer aussi la méninge, et à agrandir assez l'ouverture de la peau pour permettre à une portion de l'encéphale de sortir presque spontanément.

3°. *Le crochet aigu* fut mis dans l'ouverture, et on tira sur lui et en même temps sur le forceps. La

tête descendit ; un doigt remplaça le crochet, qui glissait sur les os et déchirait la peau. Le forceps glissait aussi ; mais il servait à diriger la tête : en un instant elle fut à la vulve. Là, nouvelle difficulté : l'occiput se tourne en avant, il est dans l'arcade, et pourtant la tête résiste. D'une main glissée entre le périnée et le front, je vais chercher la face et je l'amène au dehors. Toute la tête est sortie, et le tronc ne descend pas. Ces difficultés sont dues, 1° à l'*entraînement* du vagin, qui forme un bourrelet à l'intérieur de la vulve ; 2° à la constriction de la matrice, qui est moulée sur le corps de l'enfant, et surtout au resserrement de l'orifice interne sur son col.

Pour vaincre ces obstacles, je fis tirer sur la tête ; en même temps je glissai les doigts jusqu'à l'aisselle gauche placée à gauche et en arrière ; sur ces doigts je conduisis le *crochet mousse* du forceps, et je tirai l'épaule en arrière et en bas. Dès-lors tout marcha rapidement.

Le fœtus était mort, mais depuis peu ; point de putréfaction : c'était un garçon d'un très-gros volume. Le perce-crâne avait labouré le pariétal droit et percé la suture lambdoïde. La fontanelle postérieure s'était déchirée par la suite. C'était sur le pariétal droit qu'était la tumeur ; elle s'étendait jusqu'à l'orbite droit.

Tout cela indiquait que le pariétal gauche s'était arrêté sur l'angle sacro-vertébral, avait incliné la

tête vers l'épaule droite en la laissant transversale et probablement renversée un peu vers le dos. De là l'instabilité du forceps, qui, dévié par le vice du détroit supérieur et forcé de rester sur les côtés, ne saisissait la tête que par le front et l'extrémité la plus saillante de l'occiput. Celui-ci, situé à une hauteur égale à celle du front, ne pouvait être *embrassé* par la cuiller; l'extrémité seule de l'instrument appuyait sur sa convexité.

L'obliquité de l'utérus fut sans doute une des causes de l'inclinaison de la tête; la principale fut l'avancement de la saillie sacro-vertébrale, qui retint le pariétal gauche. Les enfans que cette femme avait eus jadis se sont sans doute offerts plus directement au détroit supérieur, et peut-être étaient-ils plus petits. L'obliquité est, comme on sait, d'autant plus grande que les grossesses ont été plus multipliées.

Les efforts tentés au moyen du crochet aigu agissaient ici dans un sens assez favorable, quoique nous l'eussions appliqué sans trop savoir où; il a dû contribuer à la réduction de la tête et à l'avancement de diamètres plus favorables; et il l'a fait d'autant plus aisément que le volume du crâne avait été diminué par sa perforation. Vous avez vu qu'il déchirait les parties et perdait prise au point de nous forcer de lui substituer un doigt. Quand la chose est possible, il faut préférer ce crochet-là à tout autre: c'est du doigt que je parle: on l'accommode aux circonstances, on se rend compte des résistances

et de la prise qu'on a; enfin on ne blesse pas la mère, et on ne déchire l'enfant que le moins possible.

Avant de terminer, je rappellerai encore cette constriction de l'orifice interne de l'utérus sur le col de l'enfant. J'ai dit, dans le premier Mémoire, qu'elle était assez fréquente et toujours fort gênante. Ici elle seule a produit, 1° la difficulté de l'enfoncement des cuillers; 2° la résistance de la tête au forceps, et en second lieu l'entraînement du vagin par suite de celui de tout l'utérus, que les épaules tiraient en bas; 3° enfin la difficulté de l'extraction des épaules, même après la sortie de la tête, et la nécessité de l'emploi du crochet mousse. Le col s'était, sous nos tractions, considérablement allongé, et l'épaule était trop élevée dans le bassin pour pouvoir être, avec quelqu'avantage, accrochée par les doigts de l'une ou de l'autre main.

N° LXIII.

POSITION INCONNUE. — *Version pour inertie.*

La femme qui donna matière à cette observation avait dix-neuf ans, et se disait enceinte pour la première fois et à terme. Elle ressentit les premières douleurs puerpérales le 5 novembre 1816. Dans les premiers momens du travail, on trouva l'orifice utérin fort en arrière, épais, dur et peu ouvert; la tête du fœtus était fort haute. Pendant tout ce jour et tout le lendemain (6 novembre), progrès presque nuls, douleurs très-faibles.

Le soir du 6 novembre, la dilatation était complète, et la tête toujours fort élevée et dans une position qu'il était impossible de reconnaître.

Je résolus de profiter de l'*intégrité des membranes* pour faire exécuter la version. L'élève chargée d'aller chercher les pieds introduisit la main droite vers la partie postérieure du bassin : l'une ou l'autre était à-peu-près indifférente. Elle repoussa doucement la tête à droite et pénétra entre les membranes et l'utérus, jusque vers le fond de cet organe ; là elle rompit les membranes et sentit sur-le-champ les fesses, descendit sur les cuisses, déploya une jambe et entraîna un pied : c'était le gauche : il servit ensuite à guider la main, qui bientôt amena son semblable.

Les tractions ordinaires furent opérées sur les deux membres ; le tronc descendit tournant sa face sternale vers le côté droit du bassin.

La tête fut retenue un instant au détroit supérieur ; mais deux doigts de la main gauche glissés jusque dans la bouche l'amenèrent dans l'excavation du bassin, et de là au dehors après la rotation nécessaire.

L'enfant était faible ; mais il s'est rétabli : c'était une fille du poids de cinq livres. La mère est sortie de la maison dans un état de santé parfaite, douze jours après son accouchement.

Nouvel exemple d'immobilité de la tête *au-dessus* du détroit supérieur, sans cause connue. Les douleurs étaient faibles ; mais bien des femmes n'en ont

point de plus fortes jusqu'à ce que la tête se soit tout à-fait enfoncée dans l'excavation. Peut-être pourrait-on ici mettre ce phénomène sur le compte de la position, puisqu'on n'a pu l'apprécier. On ne pourra l'attribuer au vice du bassin, car cette femme était très-bien conformée.

Ce n'est pas non plus ici le cas de l'attribuer à la résistance des membranes. Ici nous n'avions pas, comme quand il en est ainsi, une poche aplatie et fort peu d'eau entre elle et la tête : celle-ci, au contraire, était libre et mobile, mais fort haute et point engagée dans le détroit abdominal.

L'accouchement fut terminé par mademoiselle Gervais, du département de la Seine.

N° LXIV.

DEUX OBSERVATIONS DE POSITIONS INCONNUES.

Version du fœtus ; sortie d'une main et d'un pied ; hémorrhagie.

Une femme de quarante ans, autrefois heureusement accouchée, était pour la troisième fois en travail. Depuis un mois elle toussait et avait une fièvre continue.

Le 9 novembre 1819, douleurs continuelles, mais faibles, dans l'abdomen et surtout dans les lombes : ces dernières la fatiguaient singulièrement. Le ventre était tendu et sensible ; l'utérus paraissait contenir beaucoup d'eau, et à travers l'orifice mé-

diocrement dilaté, on sentait distinctement la tête du fœtus *haute et mobile*.

Les membranes s'ouvrirent; l'eau s'échappa avec force et abondance; la malade en fut soulagée; mais le flot d'eau entraîna un pied et une main sous la tête.

En quelques heures l'orifice se trouva entièrement dilaté; le pied s'était beaucoup avancé, tandis que la tête était restée au-dessus du détroit supérieur.

La version en devenait plus facile. Je tirai le pied au dehors : c'était le droit; son talon était tourné à gauche et la jambe occupait la partie postérieure du bassin : en conséquence, je ne voulus pas tirer sur ce membre lui seul, et je glissai sur lui ma main droite jusqu'aux fesses. Je repoussai, chemin faisant, la tête, qui s'opposait à mes manœuvres. Parvenue aux fesses, ma main, dirigée en avant, sentit la cuisse gauche et mes doigts s'appuyèrent sur l'aîne; mais le fémur, placé en travers du bassin, résistait à mes tractions et se serait plutôt rompu : je laissai donc glisser l'extrémité de mes doigts sur le bord externe de la cuisse; ils tombèrent naturellement entre elle et la jambe : alors ils embrassèrent le jarret, et, s'appuyant sur le genou, firent descendre sans danger et sans peine la totalité du membre : celui-ci une fois réuni à l'autre, l'extraction devint facile.

Cette dernière manœuvre, que j'ai décrite en détail, mérite, si je ne me trompe, beaucoup d'atten-

ion : c'est une de ces circonstances qu'on ne peut assigner à aucune règle précise, et qui ne sont soumises qu'à la sagacité et à l'habileté de l'opérateur.

La version était ici bien indiquée ; elle était aussi bien facile, quoique la position de la tête fût inconnue. Dans le cas suivant, la position était aussi inconnue, et cependant la version fut encore très-facile à cause de l'intégrité des membranes. La petitesse du fœtus y fut peut-être aussi pour quelque chose : cependant fort souvent *cette petitesse embarrasse et déroute plus qu'elle n'est utile*, sinon pour l'extraction, au moins pour la recherche des pieds.

La version fut nécessité par une hémorrhagie inquiétante (1). Le tampon, appliqué depuis quatre ou cinq jours, avait permis d'attendre la dilatation de l'orifice : cependant la femme était très-faible.

De la main droite j'écartai le placenta, qui était greffé sur l'orifice, et je pénétrai dans l'utérus en rompant les membranes vers le milieu de sa cavité. En passant j'avais senti la tête ; ma main tomba sur les pieds, et je les amenai sans difficulté tous deux au dehors.

L'enfant était petit et faible, car cette femme n'était grosse que de sept mois et demi, et elle avait perdu bien du sang ; il a vécu trois heures seulement. Quant à la mère, elle est morte le troi-

(1) Cette femme, nommée Jac...t, âgée de trente-cinq ans environ, était forte et avait eu déjà plusieurs enfans. Elle est morte vers le 25 décembre 1820.

sième jour d'une maladie assez singulière, et qui a été rapportée à la fièvre ataxique; elle avait eu une vive douleur à la fesse gauche avec gonflement et lividité.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le muscle fessier réduit en *détritus* brunâtre, comme une espèce de boue fétide. Pareille boue fut trouvée dans les veines de l'abdomen, surtout la veine cave et les iliaques, même dans les crurales.

Voilà comme je me conduis toutes les fois que, avant la rupture des membranes, la version me paraît indiquée. Quoique la position ne me soit pas connue, je préfère néanmoins ces cas à ceux où la rupture des membranes me met à même de la distinguer. Il est si facile de faire tourner un enfant au milieu des eaux; il est si facile de le parcourir et de chercher le lieu où se trouvent les pieds; si facile encore de les saisir, de déployer les jambes et de faire descendre le tout; l'évolution se fait avec tant de promptitude et de sécurité, que je n'hésite pas à profiter de si grands avantages sans m'astreindre à des règles qu'il est souvent impossible de suivre. La version ainsi *brusquée* demande peut-être un peu d'habitude et d'exercice pour que tous ses avantages soient réels; mais n'en est-il pas ainsi de la version méthodique? N'en est-il pas ainsi de toutes les opérations chirurgicales?

N° LXV.

1re Position (non connue). — *Version pour inertie utérine et procidence d'une main.*

Dans l'avant-dernière semaine du mois de décem-
re 1820, nous eûmes à l'hospice une femme en-
ìinte pour la première fois, et qui nous offrit un
e ces exemples si nombreux d'immobilité de la
te au détroit supérieur, sans cause reconnue.
elle-ci, quoique robuste, n'avait que de faibles
ouleurs; l'utérus était à peine oblique en avant et
droite. La tête, fort mobile, ne pouvait être sentie
n'en courbant l'index derrière les pubis; *elle était*
parée de la poche membraneuse par une grande
uantité d'eau, et la dilatation était presque com-
ète: cependant point de progrès. Je souligne les
gnes différentiels qui distinguent ce cas d'avec
lui où la rupture des membranes peut produire
ccouchement spontané. Après quelques heures
attente, nous nous aperçûmes qu'une main avait
ssé sous la tête, et qu'elle flottait derrière elle
ns la poche membraneuse. Cet accident, joint à
ertie de l'utérus, nous détermina à agir le plus
omptement possible en profitant de l'abondance
l'eau. Je présumais la tête dans la deuxième
sition : aussi je conseillai à l'élève que je choisis
ur l'opération d'introduire la main droite. La
rsonne dont je parle n'ignorait pas que dans un
érus rempli d'eau on agit librement, et que le

choix de la main était peu important ici : elle donna donc volontiers la préférence à la main droite, qui est toujours plus exercée que la gauche. Elle l'introduisit de la manière ordinaire, détacha doucement les membranes d'avec l'utérus, et parvint au milieu de la cavité des viscères sans avoir introduit l'avant-bras plus loin que sa partie moyenne. Arrivée là à travers les membranes, elle sentit le côté gauche de l'enfant, s'assura qu'il était placé comme dans la première position du sommet, et sans hésiter davantage, portant la main en supination forcée, elle saisit en arrière et à droite et les deux pieds et les membranes. Celles-ci se déchirèrent aux premières tractions, et avec le premier flot d'eau, les deux pieds arrivèrent ensemble dans le vagin. L'évolution, opérée sur-le-champ, fut des plus faciles, car l'eau n'avait pas encore eu le temps de s'échapper entièrement ; l'extraction ne le fut pas moins : aussi l'enfant et la mère n'eurent-ils besoin d'aucun secours particulier.

Cette manœuvre fut exécutée en moins de trois minutes. Elle me servit à confirmer encore à mes élèves assemblées l'utilité et les avantages incontestables de cette manière d'opérer.

Il était facile de voir combien on aurait perdu de temps et de facilités, et de combien on aurait diminué la sécurité, l'innocuité parfaite de l'opération relativement à la mère et à l'enfant aussi.

Celui-ci était d'un volume ordinaire, six livres environ.

Quelques personnes à qui j'avais enseigné ma méthode pour la version brusquée ainsi, ont agi un peu différemment en pareil cas : du moins elles me l'ont assuré. Elles ont porté la main dans une pronation forcée, ont passé sur le dos de l'enfant, sur la fesse droite, et ont saisi les pieds en descendant sur sa partie antérieure. Cette manœuvre doit être fort difficile, quoique l'enfant soit mobile, et qu'on puisse peut-être amener un peu vers la main les parties à saisir. Il est si simple d'incliner un peu la main sur son bord cubital, et de forcer un peu la supination, que je ne sais comment on a pu avoir l'idée de prendre une route différente. D'ailleurs, en agissant comme dans l'observation qu'on vient de lire, on n'enfonce que peu l'avant-bras ; il faut l'introduire tout entier pour passer par-dessus les fesses : c'est se donner une peine bien gratuite, et causer à la femme des souffrances inutiles.

N° LXVI.

1re Position (non connue). — *Version pour inertie utérine.*

Le 18 janvier 1821, je reçus à l'hospice une femme de vingt ans, forte et sanguine, réglée depuis l'âge de dix-sept ans, et trois à quatre jours chaque mois. C'était sa première grossesse, et elle était presque à terme.

Le 25 du même mois, à dix heures du soir, elle

monta à la salle des accouchemens. Le travail commençait; la dilatation était de quinze lignes; les membranes, fortement tendues, empêchaient de distinguer quelle partie présentait le fœtus; d'ailleurs, cette partie, fort élevée, n'était sentie que du bout de l'index recourbé derrière les pubis. Tout ce qu'on pouvait reconnaître, c'est qu'elle était dure et volumineuse.

A deux heures du matin (26 janvier), céphalalgie, rougeur de la face. (*Saignée de trois palettes.*) Soulagement. A quatre heures, dilatation complète; tête au-dessus du détroit supérieur, reconnaissable seulement à sa convexité et à sa résistance; position inconnue. Jusque là les douleurs avaient été fortes et soutenues; mais alors disparition totale, inertie parfaite

A neuf heures, même état. *Il y a beaucoup d'eau entre les membranes et la tête, et l'orifice est complètement dilaté* : ce n'est donc pas là le cas d'ouvrir les membranes et d'attendre : la version est décidée.

Une élève, chef de pratique, c'est-à-dire une *ancienne*, désignée par le sort, est chargée de l'opération. Comme la première position est la plus fréquente, je l'engage à introduire la main gauche. En effet, elle reconnaît en passant la première position, détourne un peu la tête, et pénètre, en conservant les membranes, jusqu'au fond de l'utérus; là elle rompt les membranes, sent les fesses et saisit presque sur elles le pied gauche; elle l'amène

à la vulve, où nous les fixons par un lacs, en suivant le membre sorti; elle rentre dans l'utérus pour extraire le pied droit. Tous deux furent bientôt au dehors, et avec le dernier flot d'eau, les jambes et les cuisses sortirent du vagin, de telle sorte que leur partie antérieure répondait en avant et à gauche. C'est la direction que leur donne naturellement une *évolution* simple; mais d'ordinaire, en tirant sur le pied qui répond aux pubis, nous convertissons cette direction en une plus favorable, et nous tournons la face antérieure du fœtus en arrière. Les hanches s'engagèrent avec une tendance manifeste à se porter du côté droit, et je crus devoir favoriser cette tendance : en effet, le tronc descendit; mais je ne pus jamais porter le sternum en arrière : il resta en avant et à droite. Cette résistance du tronc tenait à une disposition singulière du bras gauche. Ce bras avait croisé le dos, il avait remonté vers la nuque; mais l'avant-bras était resté à droite du fœtus, et sa main se laissa voir sur le bord antérieur du périnée. Je pris cette main, je la ramenai en avant, et je fis ainsi descendre le bras sur le dos pour le rendre enfin parallèle au côté gauche. Cette réduction permit au tronc de tourner à l'instant le sternum en arrière et à droite, comme il le fait dans la première position des pieds; l'autre bras sortit avec une extrême facilité, et la tête également; mais avant de dégager ces deux parties, il fallut débarrasser le bras et l'épaule gauches d'une anse de cordon ombilical dont ils étaient entou-

rés : ce ne fut qu'avec ménagement et lenteur que je pus y parvenir. Malheureusement jusque là le cordon avait été tiraillé et comprimé : c'est à cette fâcheuse circonstance qu'il faut attribuer la mort de l'enfant. On ne put le ranimer. La mère est sortie bien portante le huitième jour de ses couches.

L'élève qui avait opéré la version est mademoiselle Senef, du département du Nord.

Je ne ferai point ressortir l'avantage qu'on a eu ici en conservant les membranes jusqu'au moment de saisir les pieds : c'est une remarque que le lecteur ne peut manquer d'avoir faite. Ce qu'il y a eu de plus intéressant pour les élèves, par cela même que la chose était plus visible, c'est le dégagement du bras gauche, et non-seulement son dégagement hors des parties génitales, mais encore hors de l'anse du cordon qui l'entourait. Elles ont vu comment on peut se dispenser souvent de faire la section de cette partie dans des cas où elle entoure, même d'une manière serrée, les membres du fœtus. Or, la section du cordon ne serait pas toujours sans inconvéniens; si, par exemple, l'extraction de la tête était longue et difficile (ce dont on ne peut jamais d'avance affirmer le contraire), l'enfant pourrait, pendant ce temps, s'asphyxier complètement, ou périr d'hémorrhagie (1).

(1) Ce fait, dont j'ai été témoin oculaire, m'a confirmé dans certaines idées relatives au dégagement irrégulier du bras :

N° LXVII.

1re Position. — *Version pour hémorrhagie utérine.*

Une femme d'environ vingt-deux ans, musculeuse et fortement colorée, était parvenue au dernier mois de sa première grossesse lorsqu'une

---

on trouvera ci-après, numéro LXVII, une observation dans laquelle il s'est rencontré quelque chose d'analogue. J'ai été aussi témoin du fait, et si bien que c'est moi-même qui ai fracturé l'humérus. Les difficultés que son dégagement avait présentées m'inspirèrent la théorie qu'on pourra lire dans cette observation : cette théorie fut approuvée et adoptée en partie par madame Lachapelle ; mais elle n'adopta point les conséquences pratiques que je crus pouvoir en tirer, et suspendit son jugement jusqu'à nouvelle enquête.

Tous les accoucheurs ont connu les difficultés et le danger qui résultent du croisement d'un bras derrière la nuque, et tous ont appliqué à ce cas les procédés ordinaires, c'est-à-dire qu'ils ont toujours cru qu'il fallait dégager le bras en avant, soit qu'ils n'y employassent que les doigts, soit que, comme le professeur Dubois, ils y employassent le crochet mousse. N'est-il pas des cas où l'on devrait au contraire le dégager en arrière? C'est ce que je veux ici éclaircir, c'est ce que le fait précédent prouve, à mon avis, sans réplique. Pour s'en assurer, il faut bien se rendre compte de la manière dont se produit le croisement : c'est ce que personne ne me paraît avoir bien compris. Quand on imprime au fœtus renfermé dans un utérus vide d'eau un mouvement de rotation générale, il est évident que les bras frottant contre l'utérus pourront ne point suivre la rotation du tronc ; si l'utérus est *moulé* sur l'enfant, les

hémorrhagie abondante par le vagin la força d'entrer aux infirmeries de la maison d'accouchement.

Le toucher nous apprit que le placenta, collé sur

---

bras resteront nécessairement en place, le tronc seul tournera, et un des bras, qui était d'abord parallèle au côté du tronc, se trouvera parallèle au dos.

Cela fait, tirez en bas le tronc du fœtus, le bras qui est sur le dos sera encore retenu par l'utérus; il sera de plus retenu par les pubis si, comme c'est l'ordinaire, la rotation générale a eu pour but de mettre le dos vers la paroi antérieure de la matrice. Ainsi retenu, il se fléchira en arrière, deviendra transversal, croisera le dos, et peu après, montant davantage encore, il croisera la nuque et se trouvera serré entre l'occiput et les pubis. C'est le cas de l'observation précédente; rien n'est plus évident. Eh bien! si vous vouliez en pareil cas réduire le bras en le ramenant devant la face et le faisant passer sur l'oreille de son côté, n'est-il pas visible que vous tordriez l'articulation, et que vous fractureriez ou l'humérus ou la clavicule?

C'est ce qui est arrivé dans l'observation numéro LXVII. Au contraire, comme dans le numéro LXVI, qui donne lieu à cette note, faites descendre le bras par le chemin qu'il a suivi d'abord, c'est-à-dire le long du dos, et tout rentrera dans l'ordre primitif.

On m'objectera qu'on a quelquefois réussi à réduire le bras en avant (*voyez* observation n° LXXII) : je ne le nie pas, et voici comme je le conçois. En devenant transversal sur le dos, le bras, s'il est volumineux, devra fléchir son avant-bras; la main sera, comme dans le numéro LXVI, tournée en bas et le coude en haut; mais s'il est peu volumineux, l'avant-bras pourra rester étendu; le bras pourra *rouler* sur le dos à la manière d'un cylindre, et de telle façon que le coude re-

l'orifice utérin, était la cause de l'hémorrhagie : celui-ci admettait à peine le bout du doigt, et cependant le sang coulait avec tant d'abondance que la

---

garde en bas et la main en haut. Cette torsion se communiquera à l'articulation, et alors sa disposition sera telle que le bras sera sans danger dégagé en avant, et qu'il ne serait impunément dégagé en arrière qu'au moyen d'une nouvelle torsion en sens inverse de la première.

La difficulté, maintenant, est de distinguer un cas d'avec l'autre, et cela n'est pas si facile. Cependant j'ai déjà dit que la torsion n'avait guère lieu qu'avec un bras peu volumineux. Ajoutons que, dans le croisement *sans torsion*, la pointe ou l'angle inférieur de l'omoplate est très-rapproché du rachis : cette disposition était des plus remarquables dans l'observation numéro LXVII; elle en est, au contraire, fort éloignée, ou du moins peut facilement en être éloignée quand la torsion a eu lieu.

Dans les deux cas, cette pointe est fort saillante et éloignée des côtes. Qu'on se souvienne encore que la torsion est difficile, et rare par conséquent.

Au reste, si le diagnostic n'est pas encore parfait, il pourra le devenir : il me suffit d'avoir donné l'éveil et tracé la route à quelques observateurs plus habiles. Moi-même je n'y renonce pas encore, et je compte reprendre tôt ou tard les expériences que j'avais commencées à ce sujet. L'affaire est assez importante pour qu'on s'en occupe sérieusement : la vie et la santé de l'enfant en dépendent souvent tout-à-fait immédiatement.

Vaut-il mieux accrocher le coude avec les doigts ou le crochet mousse; vaut-il mieux chercher la main, etc. ? Ce sont des problêmes qu'on résoudra quand on aura mieux éclairci le reste. Je termine en priant le lecteur qui voudra

femme en était pâle et faible, et que son pouls commençait à prendre une petitesse et une mollesse inquiétantes.

---

constater par lui-même tout ce que je viens d'avancer, ou qui voudra pousser plus avant ces utiles recherches, de ne point s'en tenir aux exercices du mannequin ; de se contenter encore moins de travail d'imagination et de spéculations intellectuelles : c'est sur un cadavre d'enfant nouveau-né qu'il faut faire ses expériences, et ce qui serait mieux encore, c'est dans un bassin muni de ses parties molles et débarrassé seulement de l'utérus, du rectum et de la vessie, qu'il faudrait en essayer : c'est de cette manière que j'ai procédé jusqu'à présent.

Ce n'est pas pourtant sur cela seul que sont basées mes opinions ; car, outre les deux observations mentionnées, j'en possède encore huit à dix, soit recueillies par moi, soit extraites des collections de madame Lachapelle, et toutes à l'appui de ce que j'ai avancé. (*Voyez* entre autres le numéro LXXXIV.)

Au moment où je termine cette note, une réflexion nouvelle se présente à moi et je la donne telle quelle, car je n'ai pas la prétention d'offrir ici une dissertation régulière.

On peut croire qu'il est une autre manière de produire le croisement en question. Par exemple, lorsqu'après l'évolution l'enfant est sorti jusqu'au thorax, le plus souvent les bras seront relevés sur les côtés de la tête ; si, dans ces circonstances, vous imprimez une rotation à l'enfant, un des bras pourra rester derrière l'occiput, et, glissant sur sa convexité, descendre, poussé par les contractions utérines, jusque sur la nuque et la croiser transversalement. En pareil cas l'indication serait positive : c'est en devant que devrait s'opérer le dégagement. Cette idée n'est pas sans vraisemblance ; mais observons, s'il vous plaît, 1° que cette disposition sera fort rare, si jamais

Les douleurs étaient très-faibles. *On tamponna le vagin*, c'est-à-dire, qu'on le remplit de charpie. Elle s'imbiba, non de sang, mais d'une sérosité rougeâtre qui parut être en grande partie de l'urine.

Quinze heures après les douleurs s'accrurent et se rapprochèrent, quoique peu aiguës, et plutôt obtuses et *accablantes*.

L'abdomen offrait, jusque dans l'épigastre, un développement remarquable, et tel que plusieurs élèves s'en inquiétaient, et soupçonnaient la formation d'un vaste épanchement sanguin dans l'utérus.

La rénitence, l'élasticité et la résonnance de cette tuméfaction et l'état des forces m'avaient suffisamment tranquillisée à cet égard. Tout cela n'était dû

---

elle a lieu, parce que quand le tronc est si avancé, la rotation est presqu'impossible à exécuter; parce que l'occiput doit pousser le bras et l'empêcher de passer derrière lui; parce que ce croisement demande un effort vigoureux, et tel qu'on ne peut le supposer à l'utérus qui agirait sur le bras avec très-peu d'avantage, et tendrait peut-être plutôt à le repousser au-dessus qu'au-dessous de l'occiput; parce que, enfin, les tractions extérieures, loin de favoriser ce croisement, tendraient à le détruire. 2°. Que cette disposition, si elle existait, serait des plus faciles à reconnaître par rapport à l'omoplate. Il est évident que l'angle inférieur de cet os serait fortement porté en avant par le mouvement de bascule qui lui est propre, l'angle antérieur étant tiré en arrière. Il serait donc plus facile encore de distinguer ce cas-là, qu'il ne l'est de reconnaître la deuxième variété (après torsion) du cas premièrement détaillé : les indications seraient absolument les mêmes.

(*Note de l'éditeur.*)

qu'à des matières gazeuses accumulées dans l'intestin grêle. Je voulus cependant savoir s'il était temps d'agir : je vidai le vagin, et je trouvai l'orifice *médiocrement dilaté, mais très-dilatable.*

Le placenta n'adhérait point en arrière ; là je sentais les membranes unies et libres : je les ouvris à l'instant dans l'espoir de resserrer l'utérus et de suspendre ainsi l'hémorrhagie, de faire avancer la tête, que j'avais sentie, et d'accélérer l'accouchement, en en commettant toutefois l'exécution à la nature. Ce fut en vain : la tête resta là, et peu d'eau sortit. Je reportai la main droite dans le vagin pour en évacuer davantage ; mais trouvant les choses favorablement disposées, j'aimai mieux aller sur-le-champ à la recherche des pieds. J'enfonçai la main, et je les rencontrai un peu au-dessus de la tête ; en même temps je reconnus que celle-ci était dans la première position. Je n'avais pas introduit la main recommandée par la théorie ; je n'avais pas suivi le côté de l'enfant ; l'abondance de l'eau et la liberté du fœtus rendirent inutiles toutes ces précautions, qui m'auraient fait perdre beaucoup de temps et de facilités. En tirant sur les pieds, je fis d'abord virer l'enfant comme s'il eût été dans la deuxième position du sommet. En effet, j'avais amené le pied gauche en avant, et cela tenait à la manière dont je les avais saisis tous deux de la main droite. En tirant principalement sur le pied gauche, je fis tourner le fœtus davantage encore, et je lui donnai la direction qu'il a dans la première position des pieds (Bau-

delocque). L'enfant descendit en conséquence de telle manière que le sternum regardait en arrière et à gauche. Les aisselles étaient à la vulve. Je dégageai d'abord le bras droit, qui était le plus en arrière : rien de plus facile. Il n'en fut pas ainsi du bras gauche : retenu par l'utérus, contre lequel il appuyait pendant que le tronc suivait la torsion ou la rotation que j'ai décrite, il s'était trouvé sur le dos; puis, à mesure que le tronc descendait, il s'était relevé vers la nuque, toujours retenu par les frottemens de l'utérus et bientôt par la saillie des pubis : enfin il se trouvait serré entre l'occiput et la symphyse pubienne. Vainement plusieurs personnes essayèrent successivement de le dégager en le faisant passer par-dessus l'occiput pour le ramener devant la face. J'annonçai aux élèves qu'on ne pourrait le faire qu'en cassant l'humérus et peut-être aussi la clavicule.

Si l'enfant eût vécu, j'aurais laissé venir les choses telles quelles, et j'aurais, à tout événement, dégagé à la fois la tête et le bras; mais l'enfant étant mort (le cordon ombilical était putréfié), je permis à l'un des assistans de renouveler ses efforts. Comme je l'avais prévu, l'humérus fut rompu, et alors le dégagement fut facile. La tête sortit sans peine; le périnée resta intact, ainsi que l'orifice utérin.

Quoique délivrée spontanément du placenta, et quoiqu'elle eût perdu une très-grande quantité de sang, cette femme fut prise d'une péritonite dont les suites ont été funestes.

La péritonite est assez fréquente et ordinairement funeste à la suite des hémorrhagies utérines qui ont lieu avant ou après l'accouchement.

N° LXVIII.

1re Position.— *Version pour inertie.*

Le 5 novembre 1812, une femme de trente-quatre ans, enceinte pour la cinquième fois et à terme, commença à souffrir vers le soir. A cette époque on trouve l'orifice dilaté et la tête immobile au-dessus du détroit supérieur, mais dans une position inappréciable à cause de la hauteur. On attend quelques douleurs, et la tête ne descend pas. *On ouvre les membranes* : l'eau s'écoule et la tête reste immobile.

Je me décide alors à la version du fœtus sans attendre que la matrice soit contractée et moulée sur ses membres.

Une élève est choisie à cet effet, et présumant avoir affaire à la première position, elle introduit la main gauche, repousse la tête à gauche, marche sur le côté gauche du fœtus, passe sur les fesses et amène la jambe gauche en la déployant. Le côté interne de celle-ci la conduit à l'autre, et bientôt les deux pieds sont à la vulve, les orteils en avant et à gauche. L'élève tire sur le pied droit venu le dernier et placé plus en devant que l'autre. Le pelotonnement s'opère, et on porte la jambe droite vers le côté gauche du bassin. Ce mouvement tourne aussi

les talons en avant et à droite, c'est-à-dire, comme dans la deuxième position des pieds (Baudelocque). Les hanches se dégagent, la droite en avant : après leur sortie le tronc tourne spontanément en spirale, et le sternum regarde en arrière et à droite. Il en résulte que le bras droit doit être dégagé au-devant du périnée et le gauche sous les pubis.

Le tout s'opère avec facilité, et l'accouchement se termine comme de coutume, et avec les suites les plus heureuses pour la mère et pour l'enfant.

Cette observation offre un exemple de ces cas où la tête reste haute sans cause connue; point de difformités, point d'obliquités. On y trouve encore un exemple de l'irrégularité du mécanisme de l'expulsion du tronc. Ici cette rotation extraordinaire n'a eu aucun mauvais effet, sans doute parce que l'utérus était peu resserré, et qu'il n'a pas retenu les bras pendant que le tronc tournait.

L'opération fut faite par mademoiselle Rouget, élève du département de Seine-et-Oise.

N° LXIX.

1re Position. — *Version pour issue du cordon ombilical.*

Le 22 août 1814, une femme de trente-un ans, arrivée au neuvième mois de sa quatrième grossesse, entra à l'hospice vers le milieu du jour.

La dilatation de l'orifice vaginal de l'utérus commençait à peine ; mais sa mollesse et la tenuité de ses bords faisaient préjuger qu'elle serait prompte et facile. Les membranes étaient entières, et au-dessus de leur poche flottait dans beaucoup d'eau une anse du cordon ombilical. La tête, élevée au-dessus du détroit abdominal, le laissait libre et n'empêchait pas ses pulsations. A quatre heures du soir, la dilatation était complète ; *les membranes s'ouvrirent ;* la tête fut aisément sentie dans la première position, mais trop haute pour être saisie avec le forceps.

En conséquence, je me décidai à profiter de l'humidité des passages *et de l'eau qui restait encore dans l'utérus* pour faire opérer la version avant que la tête, en descendant, ne comprimât le cordon et ne mît en danger les jours de l'enfant.

L'élève sage-femme choisie pour cet objet introduisit la main gauche, et, suivant les règles, dont l'exécution était ici utile et possible (1), elle repoussa la tête à gauche, suivit l'épaule gauche, en tâchant de la ramener en devant comme pour convertir la première position en quatrième : de l'épaule elle avança sur le côté, sur la hanche et la fesse gauche, descendit le long de la cuisse jusqu'au jarret, déploya la jambe en plaçant le pouce sur le

(1) Utile, parce que les membranes étaient rompues et l'utérus déjà un peu resserré ; possible, parce que l'utérus n'était pas contracté au point d'empêcher la main de marcher à son gré.

genou et les doigts sur le mollet, et amena le pied dans le vagin. Ce pied fixé par un lacs, l'autre fut amené comme dans l'observation précédente, et, comme dans cette même observation, il fallut porter la jambe droite en bas et en arrière pour avoir une position semblable à la deuxième des pieds; car vainement l'élève avait cherché, avant le pelotonnement et dès la première introduction de la main, à pousser en avant l'épaule gauche : *le fœtus n'avait pas tourné.* Le reste de l'extraction ressembla en tout à celle que nous avons décrite dans le numéro précédent.

L'enfant, bien vivant, était une fille du poids de six livres.

La mère s'est bien portée; elle est partie le 26 août.

Accouchement terminé par mademoiselle Gontran.

N° LXX.

IIe Position. — *Version pour immobilité sans cause connue.*

Le sujet de cette observation est une femme de vingt-huit ans, réglée dès l'âge de douze ans, quatre à cinq jours par mois, forte et sanguine. Elle était accouchée déjà sans difficultés d'un enfant à terme. Le 10 février 1816, elle était parvenue à la fin du neuvième mois de sa deuxième grossesse. Vers le soir, on trouva l'orifice utérin un peu dilaté (six lignes), ses bords durs et épais; les membranes

bombaient fortement pendant les douleurs, qui revenaient de temps à autre et duraient trois à quatre minutes.

Nulle partie du fœtus n'était sensible au toucher. Le travail marcha dans la nuit, quoiqu'avec lenteur, de telle sorte que le 11 au matin la dilatation était suffisante pour donner passage à l'enfant; les bords de l'orifice étaient mous et souples, les contractions énergiques et fréquentes, et néanmoins les membranes bombaient sans descendre beaucoup, et le fœtus ne laissait sentir qu'une partie volumineuse appuyée sur le devant du détroit supérieur. Cette partie était probablement la tête; mais pas assez basse pour qu'on pût affirmer que ce n'étaient pas les fesses. Ce ne fut qu'un peu plus tard et dans l'intervalle d'une douleur que cessa toute équivoque: une suture sentie par le doigt leva tous les doutes.

Vers le milieu du jour, nul progrès sensible, et pourtant continuation des douleurs.

Je résolus de profiter de l'intégrité des membranes et de la présence de l'eau de l'amnios pour terminer un accouchement dont le retard devenait inquiétant. Il y avait trente-six heures que les premières douleurs avaient paru.

J'ignorais dans quelle position s'offrait la tête, mais la première était la plus probable, et la main gauche fut en conséquence préférée à la droite.

Une élève ancienne opéra sous mes yeux: la main introduite sur le côté droit et postérieur du bassin, entra dans l'orifice, glissa entre les membranes et

la paroi postérieure et droite de l'utérus : arrivée au fond de l'organe, cette main enfonça et rompit les membranes, saisit la hanche gauche, la reconnut, et descendit de là sur la jambe gauche, qu'elle déploya et amena à la vulve. Un lacs retint le pied au dehors, et de la même main, l'élève suivant la partie postérieure du membre dégagé, puis redescendant sur la fesse et la cuisse droites, déploya doucement et amena la jambe droite. Les deux pieds, réunis à la vulve, avaient leurs talons à droite et en arrière, leurs orteils à gauche et en devant; le gauche appuyait sur le périnée, le droit était derrière les pubis.

Je recommandai à l'élève de tirer sur ce dernier en le portant *en bas et à gauche*, de manière à faire descendre la hanche droite *derrière le trou sous-pubien gauche*. Cette traction, adroitement exécutée, imprima au tronc un mouvement de rotation qui se combina avec celui d'évolution, et le dirigea comme dans la deuxième position des pieds. Les jambes furent enveloppées d'un linge; on tira sur elles d'abord, puis sur les hanches, en portant le corps alternativement vers la fesse droite et vers l'aine gauche : de cette manière les aisselles descendirent dans l'excavation : le sternum regardait alors le ligament sacro-sciatique gauche.

L'épaule gauche fut abaissée et le bras dégagé vers le périnée; les mêmes parties du côté droit furent abaissées et dégagées sous les pubis. Ce fut le pouce de la main droite qui, porté vers le pli

du coude, abaissa le bras droit; le gauche fut extrait par l'index et le médius de la main gauche. Cela fait, l'élève porta la main droite vers l'échancrure sciatique gauche : elle était dans un état moyen entre la pronation et la supination. Bientôt l'index et le médius sentirent à gauche et en arrière la bouche du fœtus : ces deux doigts abaissèrent la mâchoire et la face dans l'excavation, et finirent par la tourner vers le sacrum. Pendant ce temps, la main gauche, appliquée sur les épaules et laissant le col entre l'index et le médius, tirait la tête au dehors en lui faisant suivre successivement les différens axes du bassin, c'est-à-dire, qu'elle tira d'abord en bas, puis horizontalement, puis en haut, en relevant le tronc vers la région pubienne. Je soutenais moi-même le périnée tandis que la face se dégageait, et il ne reçut aucune atteinte.

La délivrance fut simple.

L'enfant fut aisément ranimé : il pesait sept livres; il était du sexe masculin.

La mère eut, après la sortie du placenta, une légère hémorrhagie que l'air frais et des frictions sur l'abdomen arrêtèrent complètement : du reste, prompt et parfait retour à la santé.

Opération faite par mademoiselle Jacquinot.

Voilà encore un de ces cas où la suspension du travail me paraît inexplicable, ou du moins presque inexplicable. Tête bien conformée, paraissant bien située, bassin bien fait, douleurs énergiques, dila-

tation suffisante : que peut-on demander de plus? Les membranes n'étaient point d'une densité extraordinaire; elles étaient poussées par une quantité d'eau assez considérable. Aurait-on dû les ouvrir ? N'aurait-on pas couru le risque de se priver *sans fruit* de l'immense avantage qu'offrait leur intégrité? Aurait-on dû attendre leur rupture spontanée ? L'enfant ne courait-il pas des risques réels par la longueur du travail ? Voilà bien des questions à résoudre ; voilà matière à bien des conjectures. La détermination que j'ai prise dit assez quelles ont été mes opinions.

N° LXXI.

1re Position d'abord inconnue. — *Version pour rétrécissement du bassin.*

La femme était âgée de vingt-sept ans, forte et sanguine, du moins en apparence, réglée dès l'âge de quatorze ans avec périodicité et deux à trois jours chaque fois. Elle était enceinte de son troisième enfant et jusque là bien portante.

5 *janvier* 1821, à une heure après-midi, premières douleurs puerpérales; orifice ouvert d'environ vingt lignes, membranes entières, tête difficile à sentir au-dessus du détroit supérieur.

La malade nous apprit que les deux accouchemens précédens avaient requis les secours de l'art. Ces renseignemens m'engagèrent à examiner le bassin, et je lui reconnus seulement trois pouces et

un quart de diamètre antéro-postérieur. J'observai en même temps que l'enfant paraissait volumineux, à en juger, du moins, par le développement du ventre. En conséquence, aussitôt que la dilatation fut complète (trois heures de l'après midi), je résolus de profiter de l'intégrité des membranes.

La tête était trop haute pour que sa position fût appréciable : à tout événement, l'élève chargée d'opérer introduisit la main droite. Sans rompre les membranes, elle reconnut que la tête était dans la première position, et continua d'avancer; elle rencontra le placenta et m'en avertit : je lui donnai ordre de rompre les membranes, de pénétrer ainsi jusqu'à l'enfant, et de saisir les pieds *à main levée*. Le placenta, sans doute peu adhérent, se décolla et sortit avec le flot d'eau qui suivit la main de l'élève lorsqu'elle la tira au dehors. Elle avait amené le pied gauche près de la vulve; il y fut fixé par un lacs : j'introduisis alors la main gauche et j'amenai bientôt le pied droit. L'évolution fut facile; mais la tête, arrêtée par le détroit supérieur, ne sortit qu'à l'aide d'efforts considérables. L'enfant, du sexe féminin et du poids de près de sept livres, naquit faible, mais fut bientôt ranimé; il conserva quelques jours de la tuméfaction sur les côtés du nez, lieu sur lequel avaient porté les doigts qui faisaient l'extraction de la tête.

Les deux premiers jours se passèrent également bien relativement à la mère; les lochies coulèrent en quantité modérée, mais suffisante; la constipation

céda à l'emploi de la mixture huileuse (huile de ricin et sirop de chicorée). Mais les jours suivans, au lieu des symptômes ordinaires de la sécrétion du lait, parurent des douleurs abdominales avec fièvre, céphalalgie, etc. (*Boissons adoucissantes et calmantes, bains, sangsues.*) Diminution graduelle des symptômes, et, vers le huitième jour, commencement de la convalescence. Le 15 janvier, sortie de l'hospice ; santé parfaite.

L'opération fut faite par mademoiselle Pelletier, du département de Seine-et-Oise.

Le resserrement du bassin à ce degré-là suffit pour empêcher la tête de s'engager convenablement et de descendre par les seuls efforts de la nature ; l'application du forceps à pareille hauteur est trop incertaine et trop difficile ; d'une autre part, le resserrement n'est pas assez considérable pour requérir l'instrument tranchant. Reste donc la version : elle donne moyen d'agir sur la tête avec assez d'énergie et en lui faisant présenter ses plus petits diamètres : c'est ce qu'on a vu dans l'observation. Son extraction a néanmoins été difficile : la mâchoire inférieure ne présentait pas assez de résistance pour produire un abaissement suffisant de la face et du front ; il a fallu agir pour cela sur les os malaires en appuyant deux doigts sur les côtés du nez. On agirait en cet endroit d'une manière bien plus certaine et plus efficace si on y avait une prise suffisante ; mais malheureusement rien ne retient les doigts appuyés

là ; ils glissent à chaque instant ; il faut presser autant pour les maintenir que pour abaisser la face. Il m'est arrivé quelquefois, lorsque l'enfant était mort, de porter les doigts jusqu'aux orbites : leurs bords m'offraient alors une prise sûre, sur laquelle je pouvais agir avec les plus grands avantages.

Le placenta paraît avoir été décollé ici par l'effort qu'on a fait pour ouvrir au-dessous de lui les membranes. Rien de plus variable que la force des adhérences du placenta : quelquefois il adhère au point de nécessiter l'introduction de la main et d'exiger une opération lente et pénible ; quelquefois il suit le fœtus, et semble avoir été détaché ou avant ou pendant son expulsion.

Remarquez pourtant que nous ne l'avons jamais trouvé sorti ou descendu dans le vagin, avant l'enfant, que dans deux circonstances : ou bien lorsqu'on avait fait des tentatives longues et infructueuses pour la recherche des pieds de l'enfant, ou bien quand il avait été greffé sur l'orifice interne, comme on le voit dans certaines hémorrhagies qui précèdent l'accouchement. Jamais nous ne l'avons vu se décoller et arriver à l'orifice avant l'enfant dans un accouchement ordinaire ; il est certain que les exemples qu'en ont donnés les auteurs étaient des cas où le placenta avait adhéré de prime-abord, et pendant toute la grossesse, sur l'orifice interne de l'utérus. (*Voyez* Delamotte, obs. 323 ; Portal, obs. 43 ; Amand, obs. 20 ; Peu, pag. 514 ; Mauriceau, obs. 8, 68, 77, etc.)

N° LXXII.

1re Position.—*Tentative d'application du forceps.*

Version difficile.

La femme dont je vais parler était faible, lymphatique, et cependant bien portante, même pendant la gestation. Elle avait été réglée à l'âge de onze ans, et l'était huit jours chaque mois.

A sept ans elle avait eu la variole, et après elle le vice rachitique avait manifesté sa présence par la courbure des membres abdominaux et le développement imparfait des pectoraux. Le bassin, pourtant, était bien conformé : chose remarquable ; car, à sept ans, il ne devait pas avoir acquis son développement parfait. Cette femme était au dernier mois de sa grossesse, et elle ressentit les premiers symptômes du travail puerpéral le 15 août....

A onze heures du soir, l'orifice commençait à s'ouvrir, et on touchait à peine la tête du fœtus : tout-à-coup le *chorion et l'amnios s'ouvrirent*, et donnèrent issue à une grande quantité de liquide. On put alors sentir derrière et bien au-dessus de la cavité cotyloïde gauche, une fontanelle assez large et pourtant paraissant triangulaire, d'où partait la suture sagittale en se dirigeant vers la symphyse sacro-iliaque droite. Etait-ce la 1re, était-ce la 4e position (Baudelocque) du vertex ? Les dimensions parlaient pour la 4e, et la forme pour la 1re. C'est

celle-ci que confirmèrent les recherches ultérieures. La tête descendait lentement, et lentement se dilatait l'orifice.

Le 16, à quatre heures du soir, le diamètre de l'orifice était de quinze lignes à-peu-près; il était tendu quoique mince; le vagin et les organes génitaux externes offrirent de la sécheresse et de la chaleur; un peu de fièvre était survenue. (*Bain de siége.*) Les douleurs continuèrent à être très-faibles, et quelques vomissemens verdâtres surajoutés aux autres symptômes déterminèrent à faire cesser cet état inquiétant.

L'orifice était bien ouvert; mais la tête ne l'avait point franchi; elle était à peine engagée dans le détroit supérieur: aussi j'annonçai aux élèves l'incertitude du succès de mes tentatives. Je craignais de repousser la tête avec le forceps, ou bien de la saisir seulement par l'extrémité des cuillers, et de ne pouvoir l'amener.

La cuiller gauche fut fixée derrière l'éminence ilio-pectinée droite; la droite fut portée au-dessus de la symphyse sacro-iliaque gauche; je m'efforçai de réunir les branches: j'y parvins avec peine, et à la première traction, l'instrument vint tout seul. Séparées et repoussées plus avant, les branches du forceps ne purent être réunies et conserver un point d'appui solide, qu'en les laissant glisser sur les côtés du bassin suivant leur tendance naturelle. Mais alors nouvelles difficultés; résistance énorme et impossibilité totale de faire avancer la tête. Je ne

sais à quoi cela tenait. La tête était assez mobile, elle n'était point énorme ; le bassin offrait une largeur ordinaire. J'eus beau varier la direction des efforts, soins inutiles ; il fallut en venir à la version.

A cet effet, j'introduisis la main gauche ; j'entrai dans l'utérus et repoussai facilement la tête à gauche. Il aurait fallu suivre le côté de l'enfant, etc. Cette manœuvre était impossible, et dans cet accouchement, la nature semblait se jouer de toutes les règles de l'art. L'utérus, quoique trop faible pour expulser l'enfant, quoique dans une véritable inertie, n'en était pas moins intimement collé, appliqué et serré sur le corps du fœtus (1) ; il formait sur le col un rétrécissement qui dérouta mes tentatives : je parvins cependant à le franchir, et je trouvai le genou gauche appuyé sur la poitrine ; je l'entraînai jusque dans l'excavation du bassin, et là seulement il me fut possible de le déployer. Je ne pus trouver le second pied : je tirai donc sur un seul : il était en arrière ; je ne pouvais tirer convenablement en lui laissant cette disposition ; je tâchai de le ramener en avant, et je tirai alors suivant l'axe du détroit supérieur. Heureusement la tête avait remonté assez pour permettre aux fesses de descendre, au tronc de se déployer, et de tourner dans le sens que je lui imprimais. En

(1) Cette inertie est une espèce de crampe différente de l'inertie qui suit l'accouchement. Cette dernière succède néanmoins fort souvent à l'autre.

effet, la hanche gauche se trouva bientôt sous la symphyse pubienne ; la droite parcourut le sacrum, et, au moyen d'un doigt passé en forme de crochet dans le pli de l'aîne, elle se dégagea au-devant du périnée. L'enfant sortait ainsi comme dans la première position des pieds (B.). Si j'avais eu à ma disposition le pied droit dès les premiers momens, j'aurais dû, au contraire, le diriger comme dans la deuxième.

Bientôt l'abdomen fut dehors : je dégageai le cordon ombilical ; puis, en portant alternativement le corps en haut et en bas, j'amenai les aisselles au détroit inférieur. Le bras droit, placé en arrière, fut aisément dégagé au moyen de deux doigts, qui, après avoir, en forme de crochet, abaissé l'épaule, s'étendirent jusqu'au pli du coude pour le déprimer devant la face et la poitrine.

Le bras gauche se trouva croisé sur la nuque, et serré entre l'occiput et le pubis gauche ; il fallut repousser la tête pour pouvoir relever d'arrière en avant l'humérus, et faire passer l'avant-bras au-devant de la face. Celle-ci était alors dirigée un peu en arrière et vers la fosse iliaque droite : deux doigts de la main gauche, portés dans la bouche, l'enfoncèrent dans l'excavation, puis la tournèrent vers le sacrum, et enfin la dégagèrent au-devant du périnée, tandis que l'occiput restait immobile derrière les pubis.

L'enfant était mort et pesait cinq livres.

Délivrance naturelle. Le troisième jour, déve-

loppement de la péritonite, et peu de jours après mort de la malade.

Il faut surtout remarquer, dans cette observation, la manière dont je me suis servie du pied seul sorti. Ce n'est que quand je l'ai eu dirigé derrière les pubis que j'ai pu m'en servir avec avantage : car comment tirer dans l'axe du détroit supérieur en agissant sur un pied logé dans le sacrum ou sur le périnée ? Je sais bien qu'en faisant ainsi tourner l'enfant, j'ai causé le *croisement* du bras sur la nuque ; mais de deux inconvéniens il faut éviter le pire.

Ce fait semblerait destiné à prouver tout ce que j'ai dit ailleurs sur la difficulté de se soumettre aux règles, et sur la nécessité de les enfreindre dans certaines circonstances. Il confirme encore ce que j'ai dit de l'immobilité de la tête au détroit supérieur, quoiqu'en position favorable en apparence ; de la difficulté de l'application du forceps quand la tête est au-dessus du détroit supérieur ; et ce que j'ai dit aussi de la tendance de l'orifice interne à se resserrer sur le col ou sur toute partie étroite du fœtus.

N° LXXIII.

1re Position altérée ou intermédiaire (2e variété). — *Version.*

Joséphine R...., faible et lymphatique, âgée de vingt-huit ans, et réglée seulement à vingt-deux, huit jours chaque mois (1), était enceinte pour la première fois, et à terme. Elle ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 13 décembre matin (1812.)

L'utérus était fortement oblique en avant, et l'orifice tellement porté en arrière, qu'à peine pouvait-on l'atteindre. Une partie dure et ronde, sentie à travers les parois de la matrice, fit présumer la présence de la tête.

J. R. fut couchée sur le dos, et il fut facile alors de ramener l'orifice au centre du bassin, tandis que le fond de la matrice se rapprochait des lombes. Les contractions utérines revenaient de temps à autre, toujours faibles et courtes : cependant le soir la dilatation était complète, c'est-à-dire qu'elle était suffisante pour le passage de l'enfant, et que les bords de l'orifice étaient fort rapprochés des parois du bassin.

Le travail durait depuis quatorze heures, et les

---

(1) Remarquez que les femmes lymphatiques sont d'ordinaire réglées plus abondamment, ou du moins pendant plus de temps que les sanguines. Leur première menstruation est aussi généralement plus tardive. (*Voyez* les autres observat.)

louleurs faiblissaient de plus en plus ; la tête ne 'engageait pas dans le détroit supérieur, quoiqu'elle ût dans la première position ; la femme était faible t fatiguée de ces douleurs légères, mais *débilitantes t accablantes.*

Pour obvier à des accidens plus graves et proter de la facilité que donnait l'intégrité des memranes, je me déterminai à faire pratiquer la veron du fœtus : une élève instruite en fut chargée ; nais avant je voulus connaître avec exactitude la osition de la tête. Je trouvai que l'occiput appuyait ur le corps du pubis gauche, bien en dedans de éminence ilio-pectinée ; la fontanelle antérieure épondait à la portion du sacrum qui fait, à droite, artie du détroit supérieur : c'était une position itermédiaire entre la première et la troisième de audelocque. On se conduisit comme dans la preuière, pure et franche. La main gauche monta le ong du côté droit du bassin, repoussa la tête à gaune, et rompit *involontairement* les membranes.

L'élève intelligente qui opérait conserva son ng-froid, entra brusquement dans l'utérus avant ue l'eau eût le temps de s'en échapper en entier, elle se trouva sans tâtonnemens sur le pied droit : fut amené et bientôt suivi du gauche. C'est sur pied droit qu'on tira davantage. On dirigea les actions de manière à conduire la hanche droite ous le trou sous-pubien gauche, et l'enfant sortit omme dans la deuxième position des pieds. Pour aisser la face, l'élève mit deux doigts de la main

droite sur les côtés du nez. Cette pratique est ordinairement moins sûre que celle d'introduire les doigts dans la bouche. Les praticiens novices peuvent seuls s'effrayer de l'abaissement considérable de la mâchoire inférieure ; il faudrait qu'il fût énormément forcé pour qu'il en résultât quelqu'inconvénient : je n'ai vu qu'une fois la commissure des lèvres un peu fendue, et d'autres fois le frein de langue légèrement déchiré. Les enfans étaient vivans, et trois jours après leur naissance il n'y paraissait plus.

Celui-ci était un garçon ; il pesait huit livres et se portait on ne peut mieux. La mère est sortie en bon état le 25 décembre.

Cette position de la tête était-elle la cause de la longueur du travail ? Cela n'est pas impossible. On doit remarquer que l'utérus était fortement oblique en avant : peut-être est-ce la cause de la direction insolite du grand diamètre du crâne.

Opération faite par mademoiselle Mahant, élève du département de la Meuse.

N° LXXIV.

2e Position. — *Version pour inertie.*

Il s'agit ici d'une femme de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, et entachée du vice rachitique (elle n'avait marché qu'à l'âge de trois ans), réglée depuis l'âge de

vingt ans, trois jours chaque mois, mal portante pendant sa grossesse, qui était la première.

Elle fut reçue à l'hospice au septième mois de sa grossesse, et à la fin du neuvième elle fut transférée à la salle des accouchemens : c'était le 1er octobre 1811, à sept heures du soir.

La dilatation était complète, et les membranes, tendues, laissaient à peine toucher la tête. Le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur parut resserré et fut estimé à trois pouces et demi, étendue suffisante pour un accouchement spontané. D'ailleurs, l'utérus, peu développé, semblait ne recéler qu'un enfant peu volumineux : on attendit donc patiemment. La nuit n'apporta aucun changement dans l'état des choses, et dans la matinée (2 octobre), les douleurs s'étant considérablement affaiblies, et la tête n'ayant fait aucun progrès, je pensai à opposer l'énergie de l'art à l'inertie de la nature.

L'indication était pour la version du fœtus, et une élève ancienne, nommée par le sort, fut chargée de l'opération.

Ignorant la position de la tête, l'élève introduisit la main gauche, car la première position du sommet est toujours la plus probable. Elle ouvrit les membranes en pénétrant dans l'utérus, et reconnut à l'instant la deuxième position. L'occiput répondait évidemment à l'éminence ilio-pectinée droite, et la suture sagittale traversait obliquement le bassin pour gagner le voisinage de la symphyse sacro-

iliaque gauche : ainsi point d'équivoque. Pour suivre rigoureusement les dogmes théoriques, l'élève retira la main gauche, introduisit la droite, repoussa la tête à droite, suivit l'épaule droite et le côté droit du corps qui répondaient en arrière, et arriva, en passant sur la fesse, jusqu'au pied droit, qui était appuyé sur elle. La jambe fut déployée sur le devant du fœtus, conduite au dehors et retenue à la vulve au moyen d'un lacs. Cette jambe servit de guide à la main, qui, marchant sur son côté interne, alla trouver l'autre membre abdominal, le déploya de même, et l'amena parallèlement au premier.

Alors on tira sur les deux jambes, on pelotonna le fœtus et on fit descendre les hanches. Nul mouvement de rotation n'avait été opéré, en sorte que la hanche gauche était en avant et à gauche, et la surface antérieure du fœtus en avant et à droite : c'est dans cette direction que le tronc descendit jusqu'aux aisselles. Rien de plus facile que le dégagement des bras ; mais ensuite il n'en aurait pas été de même de la tête si on l'avait laissée telle qu'elle était placée. La face répondait à l'éminence ilio-pectinée droite, et l'occiput à la symphyse sacro-iliaque gauche : elle aurait été difficilement extraite dans cette situation, à cause de la disproportion de largeur qui existe entre le front et l'arcade des pubis, à cause de la hauteur de la face et de la difficulté du mouvement d'arc de cercle nécessaire à sa sortie, arc de cercle fort difficile à exécuter derrière les pubis à cause de leur convexité perpendiculaire,

tandis qu'il est si facile dans le sacrum à cause de sa vaste concavité. Pour cette fois, je fus obligée de mettre la main à l'œuvre. L'élève soutint le tronc du fœtus, et moi j'introduisis la main droite vers la partie postérieure du vagin ; ma main embrassait dans sa paume l'occiput, et bientôt elle eut glissé entre la tête et le côté droit du bassin ; mes doigts, parvenus en avant, s'appliquèrent sur la face, et au moyen de la force que me donnait la supination forcée de ma main, j'attirai cette face dans la courbure du sacrum en lui faisant parcourir tout le côté droit du bassin, c'est-à-dire le même chemin que ma main avait suivi en entrant. Deux doigts de cette main, introduits dans la bouche, abaissèrent le menton vers le périnée, tandis que ma main gauche appuyait sur les épaules, et que la même élève, tenant à poignée chacune des hanches du fœtus, élevait au-dessus des pubis la totalité du tronc. La tête sortit de cette manière avec la plus grande facilité. L'enfant est né faible ; il s'est aisément ranimé : son poids était de cinq livres et demie.

La mère a eu quelques jours après une fièvre bilieuse que l'ipécacuanha a guérie.

La remarque la plus essentielle que cette observation nous présente, est relative à la rotation du fœtus et au précepte de diriger *dès le premier temps* de l'opération (c'est-à-dire avant l'évolution) la face *en dessous*, c'est-à dire vers le sacrum.

Ici, 1° l'on n'a point fait tourner le fœtus en

avançant la main sur son côté droit; 2° on a tiré directement sur les jambes sans diriger la droite en arrière, et l'on a fait sortir les hanches et le tronc de telle façon que la face était en avant; 3° on a dégagé les bras dans le même sens et *avec la plus grande facilité*. En aurait-il été de même si on avait fait rouler le fœtus? N'aurait-on pas risqué de croiser un des bras derrière la nuque, et de ne pouvoir le dégager sans le tordre ou le fracturer? 4°. Enfin, la main droite a passé derrière la tête pour saisir la face dirigée à droite et en avant du bassin, et l'a *aisément* ramenée en arrière, et le reste n'a non plus offert aucune difficulté.

Opération commencée par mademoiselle Barrière, du département de la Dordogne.

N° LXXV.

2e Position. — *Version.*

C'était encore une femme lymphatique et faible à laquelle cette fois nous avions affaire. Elle avait trente-trois ans, était réglée depuis l'âge de vingt-deux, trois jours chaque mois, et parvenue assez heureusement au terme de sa deuxième grossesse. Nous la reçûmes, dans les premières douleurs, le 4 novembre 1812, à dix heures du matin. L'orifice avait huit lignes de diamètre; les membranes bombaient par momens, et permettaient néanmoins de sentir au-dessus du détroit supérieur la tête du fœ-

tus. Quoique mobile, elle affectait évidemment la deuxième position. La suture sagittale traversait le bassin de droite à gauche et d'avant en arrière; les pieds étaient conséquemment tournés à gauche et en arrière.

A deux heures de l'après-midi, dilatation complète et même élévation de la tête, cessation des douleurs. Cette tête ne paraissait nullement disposée à descendre; la femme était fatiguée, brisée, et même éprouvait un mouvement fébrile assez marqué. Je prononçai que la version était nécessaire.

L'élève choisie à cet effet introduisit la main droite, et, sans rompre les membranes, elle poussa la tête à droite, et arriva, en décollant le chorion, jusque vers le fond de la matrice. Là, elle rompit les membranes en saisissant les fesses et puis le membre abdominal droit : elle le déploya doucement, l'amena à la vulve, et s'en servit comme de guide pour aller chercher l'autre. Le pied gauche répondait en devant et à gauche; on tira presque sur lui seul en l'inclinant du côté droit : de cette manière on dirigea le devant du fœtus au-dessus de la symphyse sacro-iliaque droite, et par conséquent l'enfant sortit comme dans la première position des pieds. Les bras se dégagèrent aisément, ainsi que la tête, par le mécanisme et les manœuvres ordinaires : seulement, pour rendre l'extraction de la tête et son mouvement d'arc de cercle plus faciles, on crut devoir repousser au-dessus des pubis l'occiput un peu trop descendu, tandis que les doigts mis

dans la bouche abaissaient le menton. Relever ainsi l'occiput est un précepte dont je fais peu de cas : cependant il a paru réussir cette fois-ci.

L'enfant, qui était une fille, a aisément repris ses forces ; il pesait six livres ; son placenta pesait une livre environ.

Les suites de couches ont été des plus heureuses.

L'opération fut faite par mademoiselle Breton, du département de la Seine.

N° LXXVI.

2e Posit. inclinée (pariét. gauche, 6e variété). — *Version du fœtus.*

Le 1er fructidor an 7, entra à l'hospice Elisabeth H.....t, femme jeune encore et d'une force comme d'une stature médiocres. Elle était en travail, et c'était sa deuxième grossesse. Le premier accouchement avait été pénible, quoique spontané ; il ne s'était opéré qu'après deux jours de travail.

A son arrivée on l'examina : on trouva la tête fort élevée, et bientôt *la rupture des membranes* permit de distinguer sa position. La fontanelle postérieure était vis-à-vis de la base de l'ilium droit, un peu en avant pourtant, et au niveau du détroit supérieur.

La branche gauche de la suture lambdoïde s'avançait vers l'éminence ilio-pectinée droite ; la droite s'élevait en arrière. La suture sagittale se

portait un peu obliquement en arrière sur l'angle sacro-vertébral, et on ne pouvait la suivre jusqu'à la fontanelle antérieure Au centre du bassin on trouvait une convexité dure qui paraissait être la bosse pariétale ; et enfin, derrière le corps du pubis gauche, on touchait l'oreille gauche. C'était bien une deuxième position du vertex dévié par l'angle sacro-vertébral : cet angle me parut en effet plus saillant que de coutume, et le détroit, mesuré avec l'index, me donna d'avant en arrière trois pouces trois quarts, déduction faite de cinq à six lignes pour l'obliquité du doigt.

Dans cet état de choses, on ne pouvait guère s'en fier à la nature : l'art devenait indispensable. J'espérai d'abord pouvoir redresser la tête et rectifier la position. Dans cette vue, j'introduisis la main droite, bien décidée à la porter plus avant, si je ne pouvais ramener le vertex au centre : c'est en effet ce qui arriva. J'avançai les doigts sur le côté droit de la tête; mais je m'aperçus qu'en attirant ce côté vers le bas, le front descendait davantage et se tournait en avant. J'allais placer la tête dans une position différente, il est vrai, mais non moins désavantageuse. D'une autre part, l'utérus achevait de se vider de l'eau que la tête avait retenue au-dessus d'elle. Pour ne pas perdre un temps précieux, je repoussai la tête en haut et à droite, et j'avançai sur le côté droit du fœtus jusqu'à ce que, parvenue aux fesses, je descendis sur les pieds, et les saisis tous deux à la fois. L'utérus, dans un moment de détente, me

permit de déployer librement les deux jambes : j'amenai les pieds à la vulve, et l'évolution fut facile. J'amenai ainsi une fille vivante et pesant six livres. La mère s'est promptement rétablie.

J'ai pu déployer les jambes assez librement, quoique l'eau fût écoulée : je l'ai fait, ai-je dit, dans un moment de détente : en effet, l'utérus n'était pas encore resserré généralement et collé au fœtus ; il n'était pas dans cet état de constriction permanente qui existe lorsqu'il est depuis long-temps vide d'eau. Ici, il se contractait par instans, et ces contractions intermittentes étaient en tout semblables aux contractions expultrices ordinaires.

N° LXXVII.

2e Position intermédiaire (2e variété, occipito-pubienne). — *Resserrement du bassin ; version et perforation du crâne.*

Une femme d'une complexion faible et d'un tempérament lymphatique, âgée de vingt-un ans, était enceinte pour la deuxième fois; elle n'avait marché qu'à l'âge de sept ans pour cause de rachitisme, et pourtant le premier accouchement, quoique long, avait été spontané.

Le vendredi à neuf heures du matin (août 1820), les contractions de l'utérus commencèrent et restèrent faibles et éloignées jusqu'au lendemain : dès-

lors, jusqu'au lundi, elles furent plus fortes, mais non plus fréquentes. A quatre heure du soir, *les membranes s'ouvrirent;* les douleurs continuèrent à se montrer vigoureusement toute la nuit et cessèrent le mardi matin.

La sage-femme qui la gardait, voyant les membranes rompues et la dilatation complète, porta la main dans la matrice pour tacher d'attirer les pieds. Après trois quart-d'heures de vaines tentatives, elle abandonna la malade, qui fut apportée à l'hospice le mardi au milieu du jour.

La tête était, comme je m'en assurai sur-le-champ, dans une position intermédiaire à la deuxième et à la troisième de Baudelocque. J'atteignis facilement du bout du doigt l'angle sacro-vertébral, et en relevant le poignet sous les pubis, je mesurai trois pouces, déduction faite de six lignes pour l'obliquité du doigt. Le compas d'épaisseur me donna la même mesure. Quant à l'état général, fièvre intense, soif vive, brisement et accablement. (*Bain tiède ; repos.*)

A six heures du soir, on s'aperçut qu'il s'écoulait encore un peu d'eau, chose assez étonnante après ce qui s'était passé, mais qui me fit espérer de trouver l'utérus moins serré sur l'enfant que je ne l'avais craint d'abord. Il l'était cependant encore beaucoup, et ce ne fut qu'avec les plus grandes difficultés et *sans aucune règle*, que je parvins de la main droite à saisir le pied droit du fœtus. A peine était-il dans le vagin, que la jambe, serrée entre la tète et le détroit supérieur, ne put avancer, malgré

tous les efforts : ce fut en vain qu'on essaya de repousser la tête, il fallut y renoncer. La jambe ne s'était point tuméfiée; la mère ne sentait plus dès long-temps les mouvemens du fœtus, et la longueur du travail rendait sa mort certaine : d'ailleurs il ne restait plus qu'une ressource, c'était la perforation du crâne : elle fut faite avec les ciseaux tranchans en dehors; je les enfonçai dans la suture sagittale. Plusieurs injections d'eau tiède firent sortir le cerveau broyé par l'instrument, et enfin, après une demi-heure qu'employèrent toutes ces opérations, j'amenai aisément le tronc du fœtus en continuant à tirer sur la jambe, puis sur la cuisse, et enfin sur les hanches. Après cela, nouvelles difficultés : la base du crâne était retenue par le détroit supérieur, et je ne pus la faire descendre qu'en la dirigeant transversalement, et introduisant ensuite dans la bouche le crochet mousse du forceps. A l'aide de cet instrument, la tête franchit brusquement le détroit et bientôt sortit du bassin. La mère s'est rétablie après quelques jours de fièvre et de malaise.

Encore une infraction à la théorie et aux dogmes. Ce ne fut pas du premier coup que je saisis la jambe; ce fut après avoir porté et reporté quatre à cinq fois la main dans l'utérus, la laissant chaque fois reposer pour dissiper l'engourdissement où la mettait la contraction permanente de l'organe.

La tête était sans doute défavorablement placée; mais eût-elle été transversale, elle n'aurait pu pas-

ser que difficilement, puisque, même vide du cerveau, elle a été retenue. Peut-être un cas pareil requiert-il la section de la symphyse pubienne; mais la mort de l'enfant doit toujours inspirer beaucoup de répugnance à pratiquer une opération qui n'est pas à beaucoup près sans danger pour la mère.

On a vu ici un exemple des difficultés de la version dans la plupart des cas où on n'a pu amener qu'un seul pied. La tête était poussée en bas par les fesses; elle s'engageait autant qu'elles descendaient et leur fermait tout passage.

La perforation du crâne eût été nécessaire, même quand nous fussions parvenues à produire d'abord l'évolution du fœtus : elle eût été moins facile alors, parce que la base du crâne, qui se serait présentée la première, offre naturellement peu d'endroits faibles et par lesquels puisse pénétrer l'instrument.

Après la perforation du crâne, nous avons mieux aimé revenir à la version que de tenter l'application du forceps ou des crochets. Le forceps n'aurait pas tenu sur un crâne vide et qu'il n'aurait saisi que par l'extrémité de ses cuillers. Le crochet aigu eût été difficile à appliquer, et eût probablement déchiré le crâne sans grand avantage ; la tête était nécessairement mal dirigée, et nous l'aurions accrochée par des points défavorables.

D'ailleurs nous avions un pied, et c'est beaucoup : ce pied servit seul à l'extraction quand une fois la tête, devenue plus molle et moins volumineuse, put être repoussée et permit aux fesses de descendre.

Le crochet mousse appliqué dans la bouche a fait descendre la face, et par conséquent a fait présenter à la tête des diamètres favorables. Elle était trop haute pour que les doigts pussent seuls agir facilement et avantageusement dans le même sens.

N° LXXVIII.

4e Position. — *Version pour inertie.*

Anne Per...le, âgée de quarante-huit ans, faible de constitution, quoique sanguine en apparence et d'une assez bonne santé, vint à la maison d'accouchement le 25 mai 17.. : elle était grosse pour la troisième fois et à terme.

La dilatation de l'orifice était de sept à huit lignes et ses bords minces et flexibles ; la poche membraneuse bombait faiblement, mais assez pour empêcher de sentir du fœtus autre chose qu'une partie solide et fort élevée. Pendant tout le jour et la nuit suivante contractions rares et faibles : cependant le lendemain matin (26) la dilatation était entière.

Toute la journée, même état ; nul progrès ultérieur.

Le soir, m'apercevant de l'inégalité et des bosselures de l'abdomen, je cherchai à profiter de la maigreur d'Anne Per...le pour m'assurer de la position de son enfant. Je sentis, en effet, aussi distinctement que possible, les pieds à la partie supérieure et latérale gauche, et le dos à la partie latérale droite. C'était donc la tête qui se présentait

dans la deuxième ou dans la quatrième position du sommet.

Après plusieurs contractions peu fortes, je rompis les membranes; mais la tête ne descendit pas. Pour prévenir le resserrement général de l'utérus et les difficultés qu'il occasione, je me hâtai d'introduire la main droite. Je reconnus bientôt que la tête était dans la quatrième position, c'est-à-dire la face en avant et à gauche. Je montai sur le côté de l'enfant jusqu'aux pieds, que je trouvai croisés l'un sur l'autre : le gauche fut celui que je saisis et je l'amenai au dehors placé sous la symphyse pubienne : cette disposition me permit de tirer sur lui seul, et le tronc avança sans peine.

L'enfant naquit très-faible, et l'on eut beaucoup de peine à lui conserver la vie; il pesait six livres environ.

La mère alla bien d'abord, puis elle fut prise d'une fièvre adynamique qui l'enleva au dix-huitième jour de ses couches.

Encore un exemple de ce séjour de la tête au-dessus du détroit supérieur sans obstacle connu. L'inertie de l'utérus pourrait être donnée comme telle : cependant les membranes une fois rompues, la tête aurait dû descendre, ne fût-ce que par son propre poids.

Il faut encore remarquer que le pied seul sorti étant placé sous les pubis, j'ai pu tirer sur lui seul, et extraire aisément l'enfant sans aller chercher

l'autre et sans lui imprimer aucune rotation. Rappelons-nous encore ce que j'ai dit ailleurs de l'inertie : certainement ici elle n'a pas été l'effet de la position, puisqu'elle a eu lieu avant que la tête fût engagée, et que la position développât ses désavantages.

En rompant les membranes, mon intention n'était pas de supprimer un obstacle, puisqu'elles étaient à peine tendues et assez éloignées de la tête : c'était de faire écouler l'eau contenue dans l'utérus, de diminuer sa distension et de mettre en jeu sa contractilité. On réussit quelquefois ainsi quand la tête est bien située, et c'est ainsi qu'on agit, surtout dans les cas où elle est basse, et l'orifice ou dilaté ou dilatable. (*Voyez* le premier Mémoire.)

N° LXXIX.

4e Position. — *Resserrement du bassin ; tentative d'application du forceps ; version du fœtus.*

Parvenue au terme de sa première grossesse, une femme lymphatique, pâle et mal portante, arriva à l'hospice le 15 avril 1817 (1).

(1) Les premières grossesses se trouvent en grande quantité dans mes observations : cela tient à ce que les accouchemens difficiles qui en composent la masse sont bien plus ordinaires chez les primipares. Il est bien vrai aussi que la majeure partie des femmes qui nous arrivent accuse une première grossesse ; mais le mensonge n'est pas difficile à reconnaître quand elles ne sont pas avancées dans leur travail.

Elle monta à deux heures du matin (16 avril) à
ı salle d'accouchement, tourmentée par des dou-
eurs vives et soutenues. Le cercle de l'orifice avait
ıx à sept lignes de diamètre ; les membranes bom-
aient fortement et la tête était haute.

Peu de progrès pendant la nuit ; les douleurs s'af-
aiblirent. A dix heures du matin la vessie faisait
ıillir l'hypogastre ; la sonde en tira beaucoup d'u-
ine. A deux heures, *rupture des membranes*. L'ori-
ce avait alors environ vingt lignes ; on sentait aisé-
ment l'angle sacro-vertébral, et cela indiquait un
étrécissement du détroit supérieur dans lequel la
ète ne s'engageait pas. On attendit quelques heures :
tête descendit sur le détroit ; on attendit encore,
. elle parut descendre ; mais un examen attentif
pprit, 1° que la tête était à peine engagée dans le
étroit, et que la tuméfaction de la peau avait seule
roduit ces progrès apparens ; 2° que la fontanelle
ostérieure formait le point le plus avancé dans le
assin, qu'elle était, en arrière et à droite, recon-
aissable aux deux branches de la suture lambdoïde,
ont l'une marchait vers l'angle sacro-vertébral, et
autre vers l'ilium droit ; et enfin que la suture sa-
ittale partait de cette fontanelle pour monter au-
essus de l'éminence ilio-pectinée gauche.

J'espérais pouvoir prendre la tête avec le forceps ;
ais avant je voulus de nouveau vider la vessie :
ette fois la sonde passa difficilement, et j'eus be-
oin, pour la faire entrer, d'en porter le pavillon
ers l'anus.

Les deux branches du forceps furent conduites jusqu'à l'orifice ; mais il fut impossible de les placer diagonalement : en les articulant, elles devinrent tout-à-fait latérales. La tête résista d'abord beaucoup, puis le forceps glissa sur elle, et menaça de sortir seul.

Je voulus m'assurer davantage encore de la réalité de la quatrième position : pour cela j'avançai la main droite jusque sur la face.

La facilité avec laquelle j'y parvins m'engagea à passer outre et à aller jusqu'aux pieds. Le droit vint en premier lieu ; fixé au dehors, il me conduisit sur le gauche; mais le resserrement du détroit supérieur m'empêcha de déployer la jambe et de l'amener. Je tirai donc sur le premier en l'amenant sous les pubis : le tronc descendit en effet, mais de telle façon que le sternum, qui, dans un pelotonnement ordinaire, eût regardé la symphyse sacro-iliaque droite, se trouva tourné vers la gauche. Pendant que l'évolution s'opérait, j'eus soin de faire soutenir, par une main exercée, la région de l'utérus occupée par la tête, de peur que le mouvement de cette partie ne rompît l'organe appliqué sur elle. Moyennant ces attentions, tout alla bien, jusqu'à ce que la tête se trouvât seule retenue. L'étroitesse du bassin en rendit l'extraction difficile; mais le tronc, entièrement sorti, fournissait de nombreux indices d'une mort non douteuse, et je pus exercer des efforts plus considérables. Deux doigts de la main gauche, appuyés sur la face et le bord des

rbites, l'enfoncèrent dans l'excavation, puis la ɔurnèrent en arrière : bref, tout alla comme dans deuxième position des pieds.

L'enfant pesait six livres un quart.

Rien de remarquable dans la délivrance ni dans s suites de couches.

Notez surtout, dans cette observation, l'erreur omentanée causée par la tuméfaction des tégu- ens ; la manière de sonder dans la deuxième ten- tive ; l'irrégularité forcée de l'application du for- ps, et enfin le mouvement imprimé au pied droit ɔur le ramener sous les pubis, et pouvoir alors tirer r lui seul avec avantage.

N° LXXX.

4e Position imparfaite. — *Version.*

La femme dont il s'agit ici, nommée R...l, avait ngt-quatre ans et jouissait d'une constitution ro- iste et d'une bonne santé ; elle était réglée depuis ge de dix-huit ans, trois à quatre jours chaque ois : c'était sa première grossesse. Elle se présenta a maison d'accouchement le 16 octobre 1818, à heures du soir, disant éprouver de faibles dou- urs depuis quatre heures du matin. On procéda toucher, et il fit connaître que l'orifice utérin ré- ondait au centre du bassin ; qu'il était souple, mais ais et dilaté d'environ vingt lignes. Les mem-

branes, peu tendues, n'empêchaient pas de sentir la tête, quoiqu'elle fût trop élevée pour que sa position fût appréciable. On reconnaissait seulement qu'elle occupait en grande partie la fosse iliaque droite, et qu'elle ne répondait au vide du bassin que par une petite portion de sa surface.

A dix heures du soir, même état de choses. Je voulus profiter de l'intégrité des membranes pour retourner le fœtus. L'abondance des eaux me rendait indifférent l'emploi de l'une ou de l'autre main. La position n'étant pas connue au juste, ne pouvait déterminer le choix.

L'élève chargée d'opérer introduisit la main droite : elle arriva facilement, sans rompre les membranes, jusqu'au fond de l'utérus. Ce ne fut qu'alors qu'elle ouvrit les membranes et saisit les fesses : leur partie postérieure regardait la région lombaire droite de la mère. L'élève descendit au-devant d'elles, sentit les jambes et les pieds ployés sur les cuisses, saisit ces derniers et les amena à l'orifice utérin. Le resserrement spasmodique de cette ouverture l'obligea de lâcher un pied; le droit fut amené à la vulve et fixé par un lacs. L'élève était fatiguée : je saisis moi-même le pied gauche. Une fois réunis, les deux membres nous servirent, comme de coutume, à l'extraction du tronc. Il ne fut pas nécessaire de lui imprimer la moindre rotation; il sortit dirigé comme dans la première position des pieds.

L'enfant était une fille de cinq livres un quart :

lle eut quelques convulsions que dissipèrent deux ıngsues aux tempes.

Une nourrice l'allaita dans la maison pendant un ıois, au bout duquel elle fut envoyée aux Enfans- ouvés.

La mère n'éprouva d'autre accident qu'un em- ırras gastrique que l'ipécacuanha fit disparaître.

Cette position de la tête est assez singulière, et n'ai vu qu'une ou deux fois la même chose. C'est situation des fesses et des pieds qui nous a enga- es à en faire une quatrième du vertex. Peut-être rrait-elle devenue pariétale si l'utérus se fût vidé eau et contracté sur l'enfant. Je dois prévenir ı'il n'y avait point d'obliquité bien prononcée de ıtérus. J'ai dit d'ailleurs que l'orifice était bien au ntre du bassin : c'est bien là une obliquité du tus sans obliquité utérine. (*Voyez* Gardien, *ositions de la face.*)

Quoique les membranes ne fussent pas rompues, at de l'orifice doit être entièrement assimilé à ıui dans lequel il est, lorsqu'après une dilatation ez considérable, il vient à retomber sur son ntre. En effet, la tête, arrêtée dans le grand sin, ne pouvait le dilater; les membranes, à peine dues, ne pouvaient le soutenir; mais cependant ramollissement s'était opéré; quoiqu'épais, il it dilatable; sa mollesse extrême l'indiquait assez. marquons à ce sujet que la dilatation de l'orifice rin tient à deux causes essentiellement diffé-

rentes : la première, celle sans laquelle l'orifice ne cède qu'en se déchirant, est son ramollissement, son imbibition, sa pénétration par les fluides qui y abondent et l'épaississent même un peu : la deuxième, celle qui manquait ici, c'est la distension mécanique produite par l'engagement des membres ou d'une partie du fœtus. C'en est assez pour le présent; nous reviendrons un jour plus amplement sur ce sujet.

J'ai dit que l'élève avait été gênée par le resserrement spasmodique de l'orifice : ceci doit s'entendre d'une contraction utérine ordinaire. On sait en effet qu'elle ne se borne pas à durcir le corps de l'organe et à diminuer sa capacité, mais qu'elle resserre et roidit aussi son orifice. Or, l'introduction de la main dans l'utérus est un stimulus assez violent pour produire des contractions dans les cas même d'inertie complète : c'est ce qui avait lieu dans cette circonstance.

Cet accouchement fut opéré par mademoiselle André, élève du département de la Seine.

N° LXXXI.

5e Position (4e). — *Version.*

Enfant très-volumineux.

Manette Cal...., entrée à l'hospice le 7 janvier 1807, était en travail depuis douze heures, lorsque *les membranes se rompirent*. L'orifice était

dilaté, les douleurs fortes, et pourtant la tête ne descendait pas. En la touchant avec attention, je distinguai, malgré la tuméfaction des tégumens du crâne, la cinquième position du vertex au détroit supérieur. La fontanelle antérieure était derrière l'éminence ilio-pectinée droite. La tête me parut fort grosse, et cette grosseur me sembla, plus que la position, un obstacle à son avancement. Cependant rien ne périclitait; l'eau ne s'écoulait qu'au commencement de chaque douleur; l'enfant exécutait des mouvemens très-sensibles; l'utérus n'était point oblique, le bassin point étroit : j'attendis.

Après huit heures d'attente, nuls progrès; les mouvemens de l'enfant s'affaiblissaient, l'utérus cessait de se contracter; je résolus d'aller chercher les pieds : l'inertie de l'utérus me permit de les atteindre assez facilement, en suivant toutefois le côté du fœtus. La main gauche me servit dans cette manœuvre. L'évolution fut facile et l'extraction du tronc sans embarras; mais lorsque la tête arriva au détroit supérieur, les difficultés naquirent. J'eus beau introduire deux doigts dans la bouche, ce ne fut qu'après des tractions vigoureuses que je pus faire descendre la tête dans l'excavation : son extraction hors du détroit inférieur ne fut même pas exempte de difficultés et de retards.

La mère, épuisée, refusait de nous prêter ses efforts : aussi l'enfant ne survécut-il pas à l'extraction : il n'avait pourtant aucune lésion notable, soit au col, soit à la tête.

Cet enfant était énorme et pesait neuf livres. De tels enfans sont rares ; leur volume n'est pas toujours une cause de retard dans le travail ; nous en avons vu un, dans l'année 1820, naître avec beaucoup de facilité quoique long de vingt-deux pouces et pesant neuf livres et un quart.

Malgré la longueur du travail, Manette Cal.... se rétablit assez promptement : une fièvre gastrique bénigne vint seule traverser les suites de couches ; mais elle n'eut aucun résultat fâcheux.

Le précepte d'introduire les doigts dans la bouche et d'agir sur la mâchoire inférieure pour abaisser la face, est un très-bon précepte ; il est souvent d'une efficacité merveilleuse ; mais quelquefois il n'a pas un succès aussi marqué : cela tient à l'extrême mobilité de la mâchoire inférieure : ce n'est que vers son articulation qu'elle adhère véritablement au reste de la tête, ce n'est que par là qu'elle peut l'entraîner avec elle : or, cette articulation est fort voisine du centre des mouvemens (articulation occipito-atloïdienne) ; elle agit donc sur un bras de levier très-court et très-peu avantageux, surtout si l'enfant est mort ; car quand il est vivant, les muscles élévateurs résistent à la distension et agissent sur la tête par des points plus éloignés du centre des mouvemens, et par conséquent sur un bras de levier plus favorable.

Remarquez que l'*inertie* de l'utérus ne coexistait pas ici avec la *constriction permanente*, et qu'elle a

permis de suivre le côté du fœtus (*voy.* premier Mémoire) : c'est que peu de temps s'était écoulé depuis l'évacuation des dernières portions de l'eau de l'amnios.

N° LXXXII.

5e Position. — *Version.*

Henriette Mar..., âgée d'une vingtaine d'années et enceinte pour la première fois, souffrait depuis dix-huit heures. La dilatation était complète; la tête, au-dessus du détroit supérieur, ne laissait point distinguer sa position. Quoique les douleurs fussent singulièrement affaiblies, cependant *les membranes s'ouvrirent tout-à-coup* pendant la durée d'une contraction.

Le toucher, pratiqué sur-le-champ, apprit que la fontanelle postérieure, reconnaissable à ses trois sutures, était vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque gauche. La suture sagittale montait en avant et à droite.

La longueur du travail, la crainte de difficultés ultérieures, la fatigue de la femme, tout cela me détermina à profiter de l'élévation de la tête et de l'eau qui restait encore dans la matrice, et l'empêchait de se mouler sur le corps de l'enfant.

Sur-le-champ, une élève désignée par le sort introduisit la main gauche : elle amena d'abord le pied gauche, et ensuite, après quelques tâtonnemens, le pied droit : dès-lors extraction simple et ordinaire. L'enfant était bien portant quoique petit : c'était un garçon de cinq livres.

En opérant *aussitôt* après la rupture des membranes, surtout quand l'utérus est inerte, on a presqu'autant de facilités que lorsqu'elles sont intactes, et l'on peut brusquer la version ; mais il ne faut point perdre de temps , car bientôt l'utérus, débarrassé d'une partie de son contenu, revient sur son centre par sa seule force tonique , et celle-ci peut mettre en jeu la contractilité musculaire et faire cesser l'inertie, ou du moins la convertir en état de *constriction permanente.*

N° LXXXIII.

Position transversale (5e). — *Resserrement du bassin ; tentative d'application du forceps ; version irrégulière.*

Le 24 fructidor an 10, la nommée Jul.... commença à ressentir quelques douleurs dans les lombes et l'abdomen : elle était enceinte de neuf mois.

Lorsque je la touchai *les membranes venaient de se rompre*, et l'eau s'écoulait lentement : l'orifice utérin admettait à peine l'extrémité du doigt. La tête du fœtus était au-dessus du détroit supérieur. Tout un jour se passa sans aucun changement. Vers le milieu de la nuit suivante l'eau cessa de couler ; en même temps les douleurs augmentèrent de vivacité, et pourtant l'orifice se roidissait à peine pendant chaque contraction. Le ventre était fort douloureux ; le pouls grand, plein et fréquent ; la tête

pesante, etc. (*Bain général, saignée du bras.*) Nul soulagement.

Vers le matin (25 fructidor), l'orifice était plus dilaté et plus dilatable; la tête du fœtus était plus facile à toucher; mais cela tenait à la tuméfaction des tégumens. Cette apparence de progrès ne m'en imposa point, et je cherchai à m'assurer de la nature des obstacles.

J'avançai le doigt derrière la tête, et j'atteignis l'angle sacro-vertébral. Ce doigt, étendu dans la direction du diamètre antéro-postérieur, mesura trois pouces et un quart : en déduisant six lignes pour l'obliquité du doigt, restaient trois pouces moins un quart. L'angle sacro-vertébral s'enfonçait dans une dépression de la tumeur du crâne.

L'accouchement spontané était impossible; les accidens continuaient, et des vomissemens verdâtres s'y étaient joints, avec un état d'anxiété et d'agitation que rien ne pouvait calmer.

Je fis appeler M. Baudelocque : son avis fut d'essayer l'application du forceps, et lui-même voulut opérer. Il fallut d'abord explorer la disposition des parties, et nous reconnûmes que la tête était tout-à-fait transversale, le front à droite et l'occiput à gauche : elle faisait à peine saillie dans l'excavation.

M. Baudelocque voulait d'abord appliquer le forceps sur les côtés de la tête; mais il lui fut impossible d'y parvenir. De quelque manière qu'il s'y prît, il ne put jamais faire avancer une branche ni

derrière les pubis, ni devant l'angle sacro-vertébral : il se décida donc à les laisser sur les côtés du bassin, agissant ainsi sur le front et sur l'occiput; mais la tête résista opiniâtrement aux tractions.

L'enfant était-il mort ou vivant? Cette incertitude ne permettait pas d'employer le crochet ou le perce-crâne; il fallut en venir à la dernière ressource, la version.

M. Baudelocque introduisit sa main gauche sur le côté droit du bassin; il repoussa la tête à gauche et voulut suivre le côté de l'enfant : manœuvre impossible : l'orifice interne s'était resserré sur le col, de façon à permettre à peine le passage de la main.

L'opérateur y pénétra comme il put, sentit un pied et l'amena au dehors : c'était le droit, et on tira sur lui seul. Ce pied se trouvant sous la symphyse pubienne, fit aisément descendre le reste du tronc, qui se dégagea, les lombes à droite et l'ombilic à gauche; la jambe et la cuisse gauches s'étendirent sur l'abdomen et le thorax, et tout sortit sans peine. La tête n'offrit pas autant de difficultés qu'on s'y devait attendre. L'enfant était mort et déjà putrescent.

La cessation de l'écoulement de l'eau lors du retour des douleurs est la première chose qui frappe dans la lecture de cette observation. Elle tient à l'occlusion des passages par le fœtus poussé vers les détroits du bassin. L'eau s'écoule lentement dans leur intervalle, parce que rien ne la chasse que son

propre poids ; elle sort avec plus de vivacité quand la douleur commence, parce que l'utérus la pousse au dehors ; elle s'arrête peu après, parce que le fœtus, également poussé, ferme les passages.

La vivacité des douleurs semble aussi contraster avec la faiblesse des contractions. Ce phénomène était dû à la sensibilité du ventre, qui annonçait un état morbide. Je regrette que les détails des suites de couches aient été négligés : ma mémoire n'y peut malheureusement suppléer.

Quant au reste, faudra-t-il encore rappeler l'attention des élèves sur l'infraction des règles et des préceptes théoriques ?

La présente observation a, sous ce rapport, ceci de remarquable, que ce fut M. Baudelocque lui-même qui se vit forcé de contrevenir aux règles sur lesquelles il insiste tant dans son ouvrage. M. Baudelocque était excellent praticien ; tout en donnant des règles fondées sur la théorie, il n'ignorait pas qu'elles ne sont pas sans exceptions, et que la pratique force souvent à s'en dispenser ; mais il craignait de les infirmer en y mettant trop de restrictions, et il supposait qu'un peu d'habitude mettrait bientôt ses élèves au fait. J'y vois, pour moi, deux inconvéniens : ou bien les élèves restent attachées à la règle en dépit des événemens, ou bien elles s'en débarrassent tout-à-fait dès les premières exceptions qu'elles rencontrent. Il faut connaître la règle à fond, savoir qu'elle est applicable au plus grand nombre des cas, mais non pas à tous exclusivement.

N° LXXXIV.

Position transversale inclinée (5e espèce, 4e variété, bregmatique). — *Version pour resserrement du bassin.*

La femme dont il s'agit avait vingt-quatre ans; elle était d'une petite stature, et avait la mâchoire inférieure avancée et le menton saillant. Elle n'avait marché qu'à trois ans, et n'avait été réglée qu'à dix-huit. C'était sa première grossesse.

Elle arriva dans son neuvième mois le 20 juillet 1811, à sept heures du soir. Les *membranes étaient rompues*, l'eau coulait, l'orifice utérin était peu ouvert et son cercle encore épais.

Pendant toute la nuit, douleurs médiocres. Vers trois heures du matin (21 juillet), la dilatation augmente, et l'on sent la tête au-dessus du détroit abdominal. Cette dilatation s'opère lentement pendant le jour à l'aide de faibles contractions. A dix heures du soir elle était complète; mais la tête n'avait pas descendu: seulement la peau s'était tuméfiée. L'étroitesse du détroit en était la cause; il fut mesuré au moyen du doigt indicateur, et son diamètre sacro-pubien fut estimé de trois pouces et demi. Pour reconnaître sans équivoque la position du fœtus, il fallut introduire la main dans le vagin. Cette main distingua facilement l'occiput à gauche, le front à droite et une oreille derrière la symphyse des pubis et au-dessus d'elle. Cet examen apprit

aussi que la fontanelle antérieure était plus basse que la postérieure, et que, par conséquent, la tête, étendue vers le dos, offrait son grand diamètre à l'ouverture du bassin. Cette dernière circonstance donna un nouveau poids aux motifs que nous avions déjà pour terminer artificiellement le travail : restait à choisir le procédé opératoire.

La hauteur de la tête me fit rejeter le forceps et choisir la version. Une élève introduisit la main gauche, repoussa la tête à droite, et voulut suivre le côté du fœtus pour arriver aux pieds. La constriction de l'utérus, appliqué sur la surface de l'enfant, lui rendit cette manœuvre impossible et dérouta tellement ses idées, qu'elle retira sa main sans avoir rien amené, quoiqu'en assurant qu'elle avait senti les genoux, et que l'engourdissement l'avait seul empêchée de déployer la jambe. Par mon conseil, elle reporta la main droite vers le lieu où l'autre avait senti les membres inférieurs. Cette main pénétra plus aisément vers ce point de l'utérus : un pied s'y trouva : c'était le gauche : elle l'attira au dehors.

Les difficultés qu'elle avait rencontrées m'engagèrent à faire agir sur ce membre plutôt que de recommencer de nouvelles recherches pour avoir l'autre. Ce pied était en arrière : pour tirer sur lui seul avec avantage il fallut l'amener en avant. Pour cela la jambe chemina, descendant en spirale d'arrière en avant, le long du côté droit du bassin. Ce mouvement fit tourner la totalité du fœtus, de

manière que le tronc, déployé, sortit, le sternum à droite et en arrière, le dos en avant et à gauche. Le membre inférieur droit sortit étendu sur l'abdomen et se dégagea facilement. Il n'en fut pas de même des bras : le droit, croisant la nuque et serré entre la tête et les pubis, fut très-difficile à extraire. La tête eut quelque peine à traverser le détroit supérieur ; elle s'y présentait en travers, le front à gauche et l'occiput à droite; la face était en partie engagée dans l'excavation. Je voulus appliquer le forceps; il me fut impossible de placer la branche qui devait être en arrière. Je me contentai donc d'agir sur les épaules avec la main gauche, tandis que la droite, embrassant le devant du col, agissait avec deux doigts sur la mâchoire inférieure. De cette manière, je fis franchir à la tête le détroit supérieur, et presque en même temps je tournai la face vers le sacrum. Le détroit périnéal ne présenta point de résistance.

L'enfant était mort, et paraissait l'être depuis peu : cependant depuis quatre jours la mère n'en avait guère senti les mouvemens. Les tégumens du crâne s'étaient tuméfiés dans le commencement du travail; mais ce signe-là est toujours un peu équivoque.

La mère a eu une fièvre gastrique très-bénigne.

Accouchement opéré par mademoiselle Vaucher, du département de la Seine.

J'engageai l'élève à porter en second lieu la main droite en place de la gauche, non qu'elle eût été

:hoisie contradictoirement aux règles, mais parce qu'elle est toujours plus adroite, et que l'élève était un peu déroutée. Certaines personnes ont pris dès l'enfance une telle habitude de se servir continuellement de la main droite, que la gauche ne leur sert absolument que d'auxiliaire, et qu'elles ne peuvent la faire agir isolément.

N° LXXXV.

POSITION TRANSVERSALE INCLINÉE (5e espèce, 6e variété, ou position du pariétal droit).— *Version.*

Marie Jeanne Poul....., âgée d'environ vingt-cinq ans, de constitution moyenne et de taille médiocre, mais sans difformité apparente, était enceinte pour la troisième fois et à terme quand elle arriva à la maison d'accouchement (16 janvier 1806): elle était même en travail. On la coucha sur le dos pour remédier à une obliquité antérieure très-considérable. Soit que cette obliquité eût déjà influé sur la position du fœtus, soit que cela dépendît d'une autre cause, *lorsque les membranes se rompirent*, on sentit la tête déviée au détroit supérieur. L'orifice, amplement dilaté, permettait de s'assurer de la position. Le front était à droite et l'occiput à gauche; mais les deux fontanelles (dont l'antérieure n'était accessible qu'en portant la main dans le vagin) étaient dirigées en arrière ainsi que la suture sagittale; la bosse pariétale droite occu-

pait presque le centre du détroit supérieur; enfin, le bord convexe de l'oreille se laissait sentir derrière le haut des pubis.

Les douleurs étaient d'abord assez fortes; en quelques heures elles s'éteignirent; leurs effets se bornèrent à enfoncer un peu la tête sur le détroit et à tuméfier un peu les tégumens. Voyant que rien ne changeait, j'opérai, sans plus attendre, quatre heures après la rupture des membranes.

Je glissai la main gauche sur la face du fœtus, je repoussai la tête pour faire place à mon bras, et j'avançai dans l'utérus. Cet organe n'était pas assez contracté pour me gêner beaucoup; il l'était assez pour avoir pelotonné l'enfant, et rassemblé les membres. Il eût été peut-être difficile de les démêler, et certainement imprudent de les saisir au hasard. J'y procédai plus régulièrement : ma main suivit le côté gauche du fœtus, passa sur la fesse, et descendit vers le genou du même côté, déploya la jambe au moyen des doigts, tandis que le pouce appuyait sur le genou, puis amena le pied au dehors. Ce membre servit de guide pour aller prendre l'autre; en un instant tous deux furent à la vulve.

L'extraction fut facile et régulière; l'enfant sortit comme dans la deuxième position des pieds. D'abord, vigoureux, il a péri peu de jours après sa naissance. La mère, examinée après l'accouchement, m'*a paru* avoir l'angle sacro-vertébral un peu trop saillant. Elle a été prise d'une fièvre gastrique que l'ipécacuanha a fait disparaître.

N° LXXXVI.

?OSITION TRANSVERSALE INCLINÉE (6e espèce, 6e variété, ou position du pariétal gauche).— *Version.*

Dans le mois de frimaire an 10, une autre femme ne présenta une position plus altérée, plus déviée ue la précédente, quoique le bassin fût bien con- ormé.

La position était transversale, en approchant un eu de la quatrième (Baudelocque); mais le parié- al droit, retenu par l'angle sacro-vertébral, avait ncliné la tête vers l'épaule, de telle sorte que les eux fontanelles regardaient les symphyses sacro- iaques, et que la suture sagittale était en travers n peu au-devant de la saillie sacro-vertébrale. La osse pariétale gauche était au centre, l'oreille gauche cile à sentir en avant: c'est dire assez que le front ait à gauche et l'occiput à droite, et tout cela au iveau du détroit supérieur.

Cette femme, nommée Thérèse Bern..., en était sa première grossesse; elle avait une légère obli- uité latérale droite et antérieure; *les membranes aient rompues depuis environ six heures.*

Je la fis coucher sur le dos; mais la tête ne chan- ea pas. Je n'attendis que quelques heures, et, n'ob- rvant aucun progrès, j'allai chercher les pieds. opérai de la main droite, et ce fut avec la plus

grande facilité. J'amenai d'abord le pied droit, puis le gauche. Malgré la facilité des manœuvres et leur promptitude, l'enfant se trouva mort : c'était un garçon de sept livres et demie. Les suites de couches ont été simples.

Si j'avais voulu réduire la position à une plus franche, j'aurais infailliblement produit la quatrième; car la fontanelle antérieure était un peu plus avancée que la postérieure. La quatrième n'est pas assez favorable pour que j'aie cru devoir tenter la réduction. Remarquez que dans cette observation, comme dans toutes les autres de positions pariétales, on ne peut faire l'application de ce que disent les auteurs des positions du côté de la tête : ici l'oreille et la suture sagittale étaient au même niveau : l'oreille était donc loin du centre. Remarquez aussi qu'il n'en a pas existé une seule dans laquelle la suture sagittale fût tournée en avant.

Peut-être cette position, d'ailleurs défavorable, doit-elle être considérée comme ayant contribué à la mort du fœtus, par cela même qu'elle changeait son attitude. On conçoit en effet que l'inclinaison forcée de la tête puisse gêner la circulation cérébrale en comprimant ou distendant les vaisseaux du col : elle ne peut guère avoir d'influence sur le cordon rachidien; car la distension du rachis n'est pas assez forte pour cela.

IIIe MÉMOIRE.

Positions de la Face.

ARTICLE PREMIER.

Définition, Division.

Les fesses et les pieds se présentent plus fréquemment que la face : leur histoire aurait donc dû précéder la sienne; mais il est impossible de séparer leur description de celle des positions des genoux : or, ceux-ci viennent après la face dans l'ordre de la fréquence. Nous réunirons dans un Mémoire subséquent à celui-ci tout ce qui a trait à ces trois genres de positions. Nous avons dit ailleurs quelles autres raisons nous déterminaient à commencer de préférence par les positions de la face.

Sous ce titre, nous réunirons toutes les positions dans lesquelles le fœtus présente à l'orifice utérin quelqu'une des parties comprises entre la fontanelle antérieure et le larynx, entre une oreille et l'autre.

Baudelocque distingue quatre positions de la face, et avant lui, Antoine Petit et Rœderer les avaient

indiquées. On sait que, suivant lui, la première et la deuxième sont celles dans lesquelles le front se trouve directement ou en avant ou en arrière. Cette division ne s'accorde pas tout-à-fait avec les résultats de mon expérience.

Ces deux positions, jamais je ne les ai rencontrées. J'ai déjà donné, dans le premier Mémoire, la distribution régulière des positions que j'ai observées : je vais la reproduire ici; car elle nous servira de plan pour la suite du présent Mémoire.

GENRE V[e]. Positions de la face.	Espèce 1[re]. Front à gauche. — 3[e] de Baudelocque..	Variétés. — 1° diagonales, ou intermédiaires horizontales (front un peu en avant ou un peu en arrière).	
		2° inclinées.	frontales. mentales. malaires (une joue).
	Espèce 2[e]. Front à droite. — 4[e] de Baudelocque..	Mêmes variétés.	

ARTICLE II.

Fréquence.

Je le disais tout-à-l'heure, la première et la deuxième de Baudelocque ne se sont jamais présentées à moi, et je n'en trouve aucun exemple bien évident dans les bons Recueils d'observations. Ce qu'en ont dit certains auteurs prouve même qu'ils n'ont pas fondé leur dire sur l'expérience : tel est Stein, qui, contradictoirement aux autres et contradictoirement au bon sens, assure que la première (front sur les pubis) est la plus commune (t. II, p. 137).

La troisième et la quatrième de Baudelocque s'offrent, au contraire, tous les jours dans ma pratique (1). Dans le cours de ce Mémoire, je leur conserverai le nom adopté par Baudelocque pour les raisons que j'ai exposées ailleurs.

La troisième est beaucoup plus fréquente que la quatrième, et cela dans la proportion de quarante-un à trente-un, à en juger du moins d'après nos calculs.

Ces positions ne sont pas toujours franches, et leurs déviations constituent d'assez nombreuses variétés qui peuvent toujours être rapportées à l'une des deux espèces : c'est ce qui a été fait dans la table énumérative, où nous n'avons établi que deux masses, une pour la troisième et une pour la quatrième position (Baudelocque). Ces variétés sont d'abord les diagonales. Dans celles-ci, la face conserve, par rapport au bassin, son *horizontalité*; mais le front, au lieu de toucher un des iliums, appuie ou sur une des éminences ilio-pectinées, ou sur une des symphyses-sacro-iliaques. De là deux variétés pour chaque espèce : si le front est à gauche, la position devra toujours être rapportée à la troisième espèce (Baudelocque); s'il est à droite, ce sera à la quatrième qu'il faudra l'adjoindre.

En second lieu, la face peut être inclinée de ma-

---

(1) Nous en avons eu 72 sur 15,652 accouchemens : c'est dans la proportion de 1 à 217 à-peu-près. (*Voyez*, pour les détails, la *Table énumérative des Positions*, etc.)

nière que son *horizontalité* n'est plus parfaite, relativement au bassin : de là trois variétés nouvelles : 1° les *frontales* ou *fronto-bregmatiques*, qui souvent ne sont que le premier degré des positions franches (voyez *Mécanisme*) ; 2° les *mentales*, dans lesquelles le menton est au centre, et le devant du col *en partie* engagé : elles sont quelquefois la suite d'un mécanisme ordinaire outré dans ses résultats ; 3° les *malaires*, dans lesquelles l'une ou l'autre joue s'avance plus que son opposée. Disons, par anticipation, que c'est toujours la joue qui est en avant qui descend la première, comme dans les positions *inclinées* du vertex c'est le pariétal qui est en avant qui descend toujours le premier. Les trois dernières variétés peuvent se combiner avec la première. Ainsi la face peut être diagonale et présenter le front au centre, disposition assez ordinaire (voyez *Mécanisme*) : de là naîtraient de nouvelles variétés ou sous-variétés ; mais tant de distinctions ne sont pas nécessaires, et il est toujours facile de rapporter toute variété, quelque compliquée qu'elle soit, à l'une des deux espèces : c'est le meilleur moyen de s'entendre et d'éviter la confusion.

Ces variétés ne sont pas également fréquentes ; ainsi les diagonales, dans lesquelles le front est en arrière, sont les plus rares (voyez *Causes*) ; car il ne faut pas donner ce nom à la direction que prend la face en descendant et roulant horizontalement dans le bassin. (Voyez *Mécanisme*.)

Les variétés frontales sont bien plus fréquentes

que les autres *inclinées ;* les mentales sont très-rares (1) ; les malaires le sont moins (2) ; mais on ne les voit guère qu'avec un vice du bassin (Voyez *Observations particulières.*). Enfin les fronto-transversales sont beaucoup plus rares que les fronto-diagonales, et cela tient au mécanisme des positions secondaires, comme nous le verrons dans un instant.

ARTICLE III.

Causes.

§ Ier. *Causes générales.* Depuis Deventer tous les accoucheurs regardent comme cause des positions de la face les obliquités utérines. Suivant cet auteur, la tête éprouve une sorte de bascule en heurtant le côté du bassin opposé à l'obliquité ; suivant Baudelocque, c'est la direction des forces utérines qui porte davantage sur un point de la tête antérieur à l'articulation occipito-atloïdienne (3). Je ne veux point révoquer en doute la justesse de ces théories ; je veux seulement faire remarquer que souvent la face se présente sans qu'il y ait eu obli-

---

(1) Delamotte, obs. 151.

(2) *Voyez* Deleurye, pag. 240 ; Ant. Petit, t. 1, p. 387 ; Mauriceau, obs. 117 et 354.

(3) Malgré l'opinion de Baudelocque sur les idées de Levret par rapport à l'obliquité utérine, je ne crois pas du tout que cet auteur ait voulu parler de la face, mais bien des côtés du crâne. (Levret, *Accouchemens laborieux.*)

quité utérine (Ant. Petit, t. 1er, p. 385). On la trouve même quelquefois déjà en plein au détroit supérieur avant que le terme de la grossesse soit arrivé et qu'il se soit développé le moindre symptôme de travail puerpéral. C'est ce que nous avons observé deux fois sur le cadavre. Dira-t-on que ces faits font exception à la règle? Ils sont trop nombreux pour qu'on les considère comme tels, et ils doivent faire classe à part. Quant à ceux dont la production s'opère pendant la durée du travail, nous remarquerons encore que s'il n'y a point une disposition première du fœtus, l'obliquité utérine ne suffira pas pour produire les positions de la face; et tous les jours, en effet, nous voyons des obliquités énormes sans qu'elle s'avance. J'ajouterai encore que si cette disposition du fœtus existe, l'obliquité favorisera la présentation de la face; mais que cette présentation aurait lieu même sans elle : c'est encore ce que j'ai plusieurs fois observé. Solayrès lui-même, dont Baudelocque n'a fait que commenter l'opinion, laisse entrevoir qu'il faut que la tête soit déjà un peu renversée en arrière pour que les forces utérines, obliquement dirigées, achèvent ce renversement. Si l'attitude du fœtus n'était pas changée, si le menton restait appliqué sur la poitrine, jamais, comme le suppose Baudelocque, cette direction ne représenterait une ligne passant au-devant du centre des mouvemens de la tête (§ 1291) (1). Toujours

(1) C'est l'articulation occipito-atloïdienne, et non pas le

cette ligne passerait derrière, et les efforts utérins fléchiraient davantage la face sur le sternum : on peut aisément s'en assurer sur le mannequin. M. Gardien a bien senti cette vérité quand il a dit (t. II, p. 327 et suivantes) : « Le renversement de la tête peut exister avant le travail, *ce qui est le plus ordinaire*..... Je regarde comme très-certain que s'il n'existait pas un commencement de renversement, l'obliquité de la matrice ne pourrait le produire pendant le travail. » Mais quelle est la cause première de ce renversement préliminaire ? c'est ce que M. Gardien n'indique pas, et son *obliquité du fœtus* n'en rend pas bien raison. Si des hypothèses peuvent trouver place ici, voici quel est mon sentiment : qu'on n'y attache pas plus d'importance que je ne veux moi-même y en mettre. L'obliquité utérine est toujours plus ou moins antérieure, et le front du fœtus est le plus souvent tourné en arrière; plusieurs causes concourent, en telle disposition, à renverser la tête : 1° son propre poids qui l'entraîne en bas et porte le front, comme partie plus pesante, vers le vide du bassin; 2° la contraction de l'utérus, qui, au moment de la rupture des membranes, appuie et pousse sur les parties les plus saillantes du fœtus, et par conséquent sur le front. L'occiput ne résiste pas autant, il remonte, et le front descend en produisant l'extension de la tête.

---

vertex ni même le centre de la cavité du crâne, qui doit être considéré comme tel ; la raison le dit assez.

§ II. *Causes particulières.* Quelles sont les causes qui rendent les positions transversales si ordinaires (3ᵉ et 4ᵉ) et qui semblent exclure les autres? Il y en a plusieurs. *Première cause :* la forme même du détroit supérieur et ses diamètres qui s'accommodent mieux dans ce sens avec ceux de la face. *Deuxième cause :* la fréquence des positions du vertex qui amènent celles de la face. Nous avons dit que les obliques et les transversales étaient les plus ordinaires : or, ce sont celles-là qui, quand la tête se renverse, produisent la troisième et quatrième de la face. *Troisième cause.* Si, comme M. Gardien le pense (t. II, p. 329), le fœtus peut être oblique indépendamment de l'utérus, il est évident qu'il trouvera bien plus d'espace à son obliquité dans le sens transversal que dans l'antéro-postérieur. Si l'utérus conserve sa rectitude, le tronc d'un fœtus oblique doit nécessairement tomber vers l'une ou l'autre fosse iliaque; l'utérus offre dans ce sens sa plus grande largeur, et il est moins soutenu; en avant il est comprimé par les parois abdominales, en arrière par le rachis : c'est donc sur les côtés qu'il s'élargira plus aisément sans s'incliner, s'il est possible. En pareil cas, si c'est la face qui est en bas, nécessairement sa position sera transversale.

Quant à la fréquence plus grande de la troisième (avec ses variétés), elle doit tenir à la fréquence de la première du vertex, dont elle dérive naturellement quand elle est secondaire.

Les causes des variétés ne sont pas plus obscures.

1°. Puisque ce sont le plus souvent des positions du vertex qui dégénèrent en celles de la face, ces positions étant le plus souvent diagonales amèneront des positions diagonales si le front, en se renversant, n'exécute pas une légère rotation latérale. 2°. Puisque ce sont des positions du vertex qui le plus souvent passent par degrés aux positions de la face, il est naturel que le front se présente dans un certain temps, et il peut arriver, par inertie de l'utérus ou par difformité du bassin, etc., qu'il reste en route et continue d'occuper le centre. 3°. Si le mouvement de renversement nécessaire pour que la face devienne horizontale est outré, si les causes qui le produisent agissent long-temps et fortement, le menton pourra s'avancer au centre, la tête se renversant fortement sur le dos. 4°. Enfin, la tête s'avançant transversale dans l'excavation, si l'angle sacro-vertébral est trop saillant, il retiendra la joue à laquelle il correspond, la face s'inclinera latéralement, et l'autre joue occupera le centre.

ARTICLE IV.

Mécanisme.

§ Ier. *Mécanisme des positions franches.* Nous les supposons *primitives*, c'est-à-dire franches *dès les premiers instans du travail* (1). Baudelocque dit posi-

---

(1) Les positions bien franches, c'est-à-dire *horizontales et transversales*, sont en effet ordinairement primitives. Observez

tivement que la troisième et la quatrième position peuvent seules se terminer spontanément. Smellie (tom. II, pag. 321, 324, 327) n'a jamais vu l'accouchement s'opérer que la face ne se fût présentée en travers au détroit supérieur. Si Rœderer a dit que dans la première et la deuxième l'accouchement pouvait se terminer spontanément, c'est qu'il n'avait observé les choses qu'au détroit inférieur. Je n'ai pas besoin de répéter ce que j'ai dit à cet égard ; on se rappelle que je n'admets que des positions transversales, ou à-peu-près transversales.

Le mécanisme de l'accouchement spontané par la face comprend trois temps seulement, quand la position est primitive. Le premier consiste dans la progression de la face, qui s'enfonce transversale dans l'excavation ; le deuxième est la rotation horizontale ; et enfin, le troisième est la flexion de la tête qui produit son entier dégagement.

Le premier temps n'a rien de particulier à remarquer : la face s'enfonce comme toute autre partie du fœtus : nous verrons bientôt que rien ne doit l'en empêcher pour ce qui est de sa forme et de ses dimensions. Le deuxième peut être regardé comme constant et constamment le même. J'ai

---

pourtant que les positions diagonales dans lesquelles le front est en avant doivent, dans leur mécanisme régulier, devenir un instant transversales, de même que les transversales doivent devenir un instant diagonales, puisque le front doit se tourner en arrière.

bien vu deux ou trois fois la face sortir transversale ou à-peu-près hors de la vulve, et j'en donnerai des exemples ci-après ; mais ce ne sont que des exceptions très-rares. On peut poser en principe général que dans toute position franche ou même diagonale de la face, il s'opère dans l'excavation une rotation par laquelle le menton est ramené sous les pubis, tandis que le vertex se loge dans la concavité du sacrum. Quant au troisième temps, on peut également établir en thèse générale que le menton, une fois sous les pubis, la mâchoire inférieure s'enfonce dans l'arcade, puis le menton remonte au-devant de la symphyse, tandis que le front descend au-devant du périnée que fait saillir le vertex, et que peu à peu le même mouvement de flexion de la tête en produit le dégagement en faisant passer sur la fourchette le bregma, la suture sagittale, et enfin l'occiput : c'est un mouvement d'arc de cercle auquel la région de l'os hyoïde sert de centre, et qui répond au mouvement d'extension en arc de cercle auquel la nuque sert de centre quand la fontanelle postérieure s'est avancée la première (*Positions du vertex*). Il n'est pas besoin de dire que la face se tourne après cela spontanément vers le point que le menton regardait dans le premier temps, ni de répéter ce que nous avons dit au sujet des positions du vertex sur l'expulsion ultérieure du tronc.

Tous les auteurs n'expliquent pas ainsi la rotation horizontale. Smellie donne à entendre que le

menton peut se tourner vers le coccyx, et le front derrière les pubis. Il cite même un cas dans lequel les choses se sont ainsi passées (tom. II, p. 328); mais, ajoute-t-il, l'enfant était petit, le bassin large, et les voies faciles. Je le crois, et je soutiens impossible la terminaison d'un accouchement par la face quand le menton est en arrière, soit primitivement, soit secondairement, à moins qu'on n'ait affaire à un véritable avorton. Qu'on examine attentivement les choses, et l'on verra qu'il faudrait pour cela, 1° ou bien que les clavicules et le sternum restassent sur l'angle sacro-vertébral pendant que le menton descendrait jusqu'au-devant du périnée, puisque, jusque là, toute la tête remplirait l'excavation du bassin : le col, énormément allongé, devrait mesurer toute la longueur du sacrum, du coccyx et du périnée, c'est-à-dire, environ huit pouces; 2° ou bien il faudrait que le thorax entier s'enfonçât dans l'excavation entre la tête et le sacrum, et qu'il fût assez aplati pour n'occuper tout au plus que deux pouces de cette excavation, laissant les trois autres pouces du diamètre antéro-postérieur pour le diamètre sphéno-bregmatique de la tête. Deventer avait bien connu cet effet, qu'il n'aurait pas dû généraliser et appliquer aux autres positions de la face (pag. 208) : c'est, suivant lui, parce que la poitrine s'avance avec la tête que la présentation de la face est fâcheuse. Un coup-d'œil jeté sur la vingt-sixième planche de Smellie en fera plus que tous mes rai-

onnemens : on y verra la tête écrasée, le col llongé, et le haut de la poitrine déjà enfoncé ans le bassin, comme si Smellie s'était plu à donner un modèle de toutes les causes d'impossibilité 'un pareil mécanisme ; il n'a même représenté cet tat de choses produit par l'action du forceps, que omme pour avertir que la nature seule n'en pourait pas faire autant. Il n'en est pas de même de celui ue nous décrivions tout-à-l'heure, et les planches récédentes de Smellie, qui sont exactes, donneront ncore une juste idée de sa possibilité et de sa facilité.

§ II. *Mécanisme des Variétés*. Je n'ai pas beauoup à dire des positions diagonales (1) sans inclinaison : en les supposant primitives, leur mécaisme est celui des positions franches : seulement n conçoit que les diagonales dans lesquelles le enton est un peu en arrière ont plus à faire pour ur rotation que celles dans lesquelles il est un peu n avant : cependant elles n'en sont pas plus portées à ivre le mécanisme que je critiquais tout-à-l'heure : les se réduisent *en descendant* à une position anche, c'est-à-dire qu'elles deviennent transverles, puis le menton se porte de gauche en avant our la quatrième espèce, de droite en avant pour troisième. Que ce mouvement soit plus difficile

---

(1) Les positions diagonales sont presque toujours seconires, et résultent des positions du vertex déviées et renvers. Cela paraît vrai, du moins pour celles dans lesquelles front est en avant. (*Voyez* plus bas.)

ou non que dans les autres positions, par cela même qu'il doit être plus étendu, c'est ce que nous examinerons tout-à-l'heure.

Quant aux positions *frontales*, leur mécanisme doit comprendre deux temps de plus que celui des franches. Le premier temps, c'est l'extension préliminaire de la tête (voyez *Causes*), qui amène la disposition au renversement vers le dos. Le deuxième, c'est ce renversement même et la permutation d'une position du front en position franche de la face. Vous voyez que je ne considère ici les positions du front que comme un degré, comme un passage des positions franches et secondaires : cela doit être, puisque nous nous occupons du mécanisme, et que nous parlons par conséquent de la marche qui a lieu dans une terminaison naturelle.

Les positions secondaires de la face auront donc cinq temps : l'extension, le renversement, la descente, la rotation et la flexion en arc de cercle. Ce mécanisme n'est pas absolument constant dans toutes les positions du front : ainsi j'ai vu la tête se réduire à une des positions du vertex ; mais il est excessivement rare que cela se fasse seul : c'est en descendant dans l'excavation que la chose est arrivée. D'autres fois, mais tout aussi rarement, la position du front a persisté, et j'ai vu la tête descendre et sortir le front le premier sans s'être réduite ni d'un côté ni de l'autre, soit que les efforts utérins aient suffi à son expulsion, soit que le forceps y ait suppléé : ce ne sont encore là que des exceptions rares et qui

infirment pas la règle. Le plus souvent les *posi-ons persistantes* ne peuvent se terminer spontané-ent. On ne peut donc leur assigner un mécanisme ırticulier.

Les positions du menton, pour que la tête sorte ns le secours de l'art, doivent se réduire à une ›sition franche : cela s'opère à mesure que la face ènètre dans l'excavation (Delamotte, obs. 151). ne crois pas qu'elles soient jamais primitives : si es l'étaient, la réduction n'en serait sans doute e plus facile; mais quand elles sont secondaires causes qui les ont amenées peuvent persister plus ıg-temps. Je parle de la mauvaise direction des rces utérines et de l'apposition du front sur un s bords de l'excavation. Mais si la face parvient e fois à s'enfoncer dans l'excavation, son redres-ment est alors inévitable, et rien ne peut guère opposer.

(Celles des joues, pour que l'accouchement puisse pérer, doivent se réduire à une position franche, c'est encore en descendant que le redressement père, comme nous l'avons vu ailleurs pour les sitions pariétales. Remarquez, pour ces derniè- variétés des positions syncipitales et des faciales, e dans toute position franche un pareil redresse-nt est en partie nécessaire; car une partie qui est rizontale par rapport au détroit supérieur, est linée par rapport à l'inférieur. (*Voyez* premier deuxième Mémoires, *Diagnostic*.)

Cela nous aide à comprendre comment une posi-

tion vraiment inclinée dans le sens antéro-postérieur peut se redresser graduellement en descendant dans l'excavation du bassin; et nous concevons très-bien encore que l'angle sacro-vertébral une fois franchi, rien ne s'oppose plus au redressement.

ARTICLE V.

Diagnostic.

Le diagnostic est quelquefois très-facile, mais d'autres fois il présente beaucoup de difficultés. Examinons-le dans les différens cas qui peuvent s'offrir dans la pratique.

§ Ier. *Diagnostic des positions franches, primitives ou secondaires* (1).

A. *Diagnostic facile.* La forme connue de la face et la disposition relative de ses différentes parties, rendent dans les cas simples le diagnostic très-facile. Une surface arrondie et solide à laquelle on sent

---

(1) Il n'est pas toujours indifférent de décider si une position de la face est primitive ou secondaire (voyez *Pronostic*). Or, j'ai déjà dit que les primitives étaient ordinairement transversales, et les secondaires diagonales; mais nous savons aussi que le mécanisme des unes et des autres les fait passer de la direction transversale à la diagonale, de la diagonale à la transversale, etc. Pour éviter autant que possible l'équivoque que produiraient ces changemens de direction, rappelez-vous que la rotation horizontale ne commence que dans l'excavation du bassin. Ainsi, toute position transversale horizontale au dé-

quelquefois une suture, et qui occupe un des côtés du bassin (front), à laquelle fait suite un enfoncement transversal suivi d'une saillie; sur les côtés de cette saillie, deux parties mollasses qu'entoure un cercle osseux; enfin, au-delà de la même saillie une fente transversale, etc. Voilà les principaux caractères : joignez-y, quand la tête est basse, la présence d'une oreille derrière les pubis. Il est clair que dans la troisième position, c'est à gauche qu'on sentira la surface arrondie, et qu'elle sera à droite dans la quatrième. Mais il faut pour que tout cela soit bien sensible, que l'orifice soit un peu dilaté, que les membranes soient rompues ou peu tendues, qu'elles soient rompues depuis peu de temps, et enfin que la tête ne soit pas trop élevée dans le bassin.

B. *Difficultés*. Les circonstances ne sont pas toujours aussi favorables : aussi voit-on quelquefois ces positions donner lieu à des erreurs grossières, à des quiproquos ridicules.

---

oit supérieur sera probablement primitive; toute position agonale horizontale au détroit supérieur ou dans le haut de excavation sera probablement secondaire. Mais quand la face t dans l'excavation, si on n'a fait aucun examen extérieur, il t, je crois, impossible d'en décider. Convenons encore que, ême au détroit supérieur, une position transversale peut e secondaire, par exemple, si elle dérive d'une position nsversale du vertex : ce cas-là est, il est vrai, bien plus rare ue les autres, par cela même que les positions transversales nt plus rares que la plupart des diagonales du vertex.

1°. Avant la rupture des membranes, on ne peut quelquefois bien sentir que le front, et rien alors de plus facile que de croire à une position du vertex. Sont-elles peu tendues, on pourra se douter de quelque chose, à cause des inégalités de la surface qui s'avance ; mais ce sera bien peu de chose si la poche des eaux empêche de suivre et d'apprécier ces inégalités, car les membres en offrent d'aussi petites et d'aussi saillantes.

De ces inégalités, il en est une surtout qui peut éclairer beaucoup le diagnostic : c'est le nez : non-seulement il fait reconnaître la face, mais encore sa position : c'est surtout à l'ouverture des deux narines qu'il doit ces avantages.

2°. Après la rupture des membranes, peut survenir une nouvelle cause d'ambiguité, que la tête soit haute ou qu'elle soit basse : c'est la tuméfaction. Dans quelques circonstances la face est tellement gonflée que le nez disparaît ou devient à peine trouvable dans le fond d'une dépression. C'est dans un pareil état de choses qu'on a pu prendre la face pour les fesses, comme Viardel en a parlé il y a long-temps (pag. 114), comme Smellie dit l'avoir fait lui-même (t. II, pag. 327).

Telle a été la cause du risible événement arrivé à un ancien professeur de l'École de Médecine : il assurait, aux élèves présens à un accouchement dont il suivait la marche, avoir reconnu la face et avoir même mis le doigt dans la bouche du fœtus ; tandis que ce doigt indicateur enduit de méconium, et

qu'il étendait en gesticulant vers les élèves, semblait lui donner un démenti formel. Ce sont alors les joues considérablement tuméfiées que l'on prend pour les fesses, et cette erreur serait pardonnable; mais prendre l'anus pour la bouche, c'est un quiproquo qui suppose bien de la distraction ou bien de l'inexpérience. Rappelez-vous seulement les bords alvéolaires, rappelez-vous la largeur de la bouche et la constriction de l'anus; faites attention à la tuméfaction des lèvres, à leur renversement, aux saillies molles et irrégulières que produit alors leur déformation. Les paupières tuméfiées ressemblent bien davantage aux parties génitales du sexe féminin, car le toucher juge toujours moins bien de la grandeur que de la forme. Le front tuméfié d'une part, une joue d'une autre part, peuvent par la même raison simuler les fesses; mais il est rare qu'on ne puisse sentir le contour osseux de l'orbite; mais avec du soin on finit par trouver au voisinage le nez et les narines : c'est dans un enfoncement qu'il faut les chercher : on y trouve d'abord une petite saillie arrondie, et si on peut la circonscrire avec le bout du doigt, on sent bientôt les deux narines et la cloison qui les sépare. Dès qu'on aura trouvé ces dernières, plus d'équivoque ni sur la partie ni sur la position : mais, sans cela même, avec de l'habitude, on évite ordinairement toute erreur, et en suivant attentivement les parties, du front au menton, on parvient à se rendre un compte exact de ce qui existe. Le vertex tuméfié ne peut guère en

imposer, car on sait qu'il n'a que peu ou point d'inégalités, et celles qu'il peut acquérir quand la tumeur est molle, soit par l'action des instrumens, soit par celle des doigts qui cherchent à l'explorer, ne ressemblent point du tout à ce que nous avons dit de la face.

§ II. *Diagnostic des positions inclinées.* Je ne parle pas des intermédiaires diagonales : la raison en est trop claire pour que je l'énonce. Le front, les narines et la bouche, voilà les jalons sur lesquels vous pourrez établir au juste la direction de la face.

A. *Positions frontales et bregmatiques.* Presque toujours, avec de telles positions existe une des difficultés dont j'ai parlé, savoir, l'élévation de la partie. Le mécanisme nous a rendu raison de cette particularité, puisque souvent pareille position n'existe que passagèrement et dans les premiers momens du travail. Si à cela se joint la tension des membranes, il est presqu'impossible de rien reconnaître : de là vient que bien des fois on a pu prendre pour *primitives* des positions de la face qui n'étaient que secondaires.

Dans des cas plus favorables, quand les membranes sont rompues depuis peu et la partie médiocrement haute, on peut, dans les premiers temps, sentir à la fois et la fontanelle antérieure, et le haut des orbites, et la racine du nez. Plus tard, la fontanelle fuit du centre à la circonférence, les yeux s'avancent, et enfin la face est horizontale et le menton devient accessible.

B. *Les positions mentales* pourront (à en juger par l'observation de Delamotte) permettre de sentir, non-seulement le larynx, mais encore jusqu'aux clavicules et au sternum. Pour moi, je n'ai jamais été si loin ; la bouche et les narines ont été mes guides principaux, et le menton mon point de départ et mon moyen d'appréciation. La base de la mâchoire et la saillie du larynx, c'est tout ce que j'ai senti de la partie antérieure du col.

C. Enfin, pour les *positions malaires*, je n'ai rien à en dire de plus que des positions franches, si ce n'est qu'une joue est plus basse, l'oreille plus accessible, et le nez, la bouche, etc., tournés en arrière. La situation du front et du nez bien connues, rien de plus facile que de déterminer quelle est la joue qui s'avance trop. Je rappelle encore une fois, à ce sujet, la différence des axes du bassin, et l'obliquité relative des plans perpendiculaires à chacun de ces axes, afin qu'on ne prenne point pour inclinée une position franche au détroit supérieur.

ARTICLE VI.

Pronostic.

Le plus grand nombre des auteurs regarde la présentation de la face comme très-défavorable, tant pour la mère que pour l'enfant. Pour que ces accouchemens se fassent seuls, il faut, suivant Baudelocque, que la tête soit très-petite ou le bassin très-large (§ 1344) : c'est là l'opinion générale.

Quelques-uns pourtant, Portal (pag. 282), par exemple, et Deleurye (pag. 240) regardent la face présentée la première comme peu désavantageuse : le côté de la face est seul fâcheux, suivant ce dernier. Rœderer et Ant. Petit assurent même que la première et la deuxième espèce (Baudelocque) peuvent se terminer spontanément. J'ai donné plus haut mes raisons pour douter de l'une (2e), et pour rejeter absolument l'autre (1re). Au milieu de ce conflit vous trouverez une multitude de faits qui prouvent contre la mauvaise opinion qu'on s'est faite généralement à ce sujet, dans Delamotte, Mauriceau, Smellie, etc., combien d'enfans sont nés seuls la face la première. Nous prouverons sans peine que la théorie n'est pas moins contraire aux antagonistes de Portal et de Deleurye. C'est par le plus faux des calculs, c'est d'après la théorie la plus erronée qu'un si grand nombre d'accoucheurs anciens et modernes ont pris comme en horreur les positions de la face. Afin de fixer plus positivement nos idées à ce sujet, entrons dans quelques détails.

§ Ier. *Pronostic relativement à la mère.* Il doit se baser surtout sur la facilité ou sur la difficulté de l'accouchement spontané.

La face présentée la première retarde-t-elle l'accouchement? Oui, suivant bien des gens. Comment le retarde-t-elle? En offrant les plus grands diamètres de la tête à ceux du bassin, répondent encore les mêmes personnes. C'est là que gît l'erreur, c'est de là que part cette prévention mal fondée. L'*élon-*

nante facilité avec laquelle Baudelocque a vu quelquefois s'opérer ces accouchemens ne lui a point ouvert les yeux ; il s'en émerveillait et croyait la chose inexplicable.

M. Gardien, qui, peu auparavant, avait si judicieusement secoué le joug de l'opinion au sujet des causes de ces positions, se laisse entraîner au préjugé général (t. II, pag. 330). Il va jusqu'à s'étonner que l'on ait pu croire « les accouchemens où l'enfant présente le front plus fâcheux que ceux où il présente la face. » Eh bien! saisissons cette idée de M. Gardien; analysons-la, établissons un parallèle entre l'espèce franche et la variété : quelle différence énorme! Suivons.

A. *Front*. Prenez la tête d'un fœtus à terme, mettez-la en rapport avec le détroit abdominal du bassin dans une direction telle que le front soit au centre de ce détroit (1), et vous verrez que l'axe de ce détroit traversera la tête dans le sens d'une ligne étendue du milieu du front jusque derrière le grand trou occipital; que le plan de ce détroit coupera cette ligne à angle droit; que ce plan traversera la tête *du menton à la fontanelle postérieure*, et d'une oreille à l'autre : *donc le grand diamètre de la tête, l'occipito-mentonnier, sera en rapport avec le diamètre transverse, ou l'un des diamètres obliques du détroit.*

(1) Nous supposons la face transversale, ou tout au plus diagonale; point de première ni deuxième position (B.) franche.

Il en sera encore de même par rapport à l'excavation du bassin : toujours la tête offrira sa plus *grande longueur* aux différens diamètres des passages osseux. Il ne faut point, pour le prouver, de démonstrations mathématiques, l'inspection seule suffit. Ce diamètre fronto-mentonnier n'a pas, il est vrai, une étendue aussi considérable qu'on la lui attribue ordinairement; il ne dépasse guère que de six lignes l'étendue du diamètre occipito-frontal (et non d'un pouce, comme le dit Baudelocque) : cette étendue est néanmoins suffisante pour opposer beaucoup de résistance; elle est bien différente de celle du diamètre fronto-mentonnier et du sphéno-bregmatique. Pour que l'accouchement se termine seul quand ce diamètre est horizontal, c'est alors qu'il faut véritablement, c'est alors seulement qu'il faut une tête petite et un bassin large : encore n'est-il que très-rare de voir pareil accouchement se terminer seul, *à moins que la face ne vienne à se présenter pleinement*, ou que l'on ne ramène le vertex au centre du bassin. Ces trois circonstances se sont plus d'une fois présentées à mon observation. J'ai vu la tête sortir, le front restant sa partie la plus basse; je l'ai vue bien souvent sortir après que le menton était descendu au niveau du front, et je l'ai vue aussi sortir seule après avoir fait descendre l'occiput.

B. *Face.* Présentez au contraire la même tête au détroit supérieur, et de telle façon que la face soit dans une horizontalité parfaite relativement

au plan de ce détroit, et vous vous convaincrez sans peine que l'axe du détroit traverse la tête de la fontanelle postérieure au centre de la face (racine du nez), et que le plan du détroit la traverse du bregma (ou un peu plus en devant) au menton, et d'une tempe à l'autre : *donc la tête offre ses deux plus petits diamètres* (vertical (1) et transversal) *à ceux du détroit*, et sa plus grande longueur est *parallèle à l'axe* de ce même détroit.

---

(1) Je ne tiens pas compte dans ces calculs de la présence du col; il ne faut pas pourtant la négliger, soit pour la face, soit pour le vertex. En effet, que la tête soit fortement fléchie ou fortement étendue, que la face ou l'occiput soient en bas, la tête n'en offrira pas moins au bassin, avec son diamètre sphéno-bregmatique, une certaine épaisseur du col; mais l'articulation occipito-atloïdienne est si mobile chez le fœtus, le rachis est si flexible qu'il s'applique presque immédiatement sur la base du crâne dans une flexion, comme dans une extension outrée; et quant aux parties molles, elles sont si peu épaisses et si peu résistantes, qu'on peut presque les compter pour rien. Ainsi, on ne s'éloigne guère de la vérité, par rapport à l'épaisseur, en considérant le diamètre sphéno-bregmatique de la tête abstraction faite du col. Ajoutons que rarement le diamètre sphéno-bregmatique se présente bien parallèlement à ceux du détroit; il est difficile que la flexion, il est moins difficile peut-être que l'extension soient assez considérables pour que le diamètre sphéno-bregmatique soit absolument horizontal, eu égard au détroit supérieur; mais l'obliquité qu'il conserve est si peu de chose, qu'elle n'augmente point sensiblement l'étendue du diamètre de la tête, qui se met en rapport avec ceux du détroit.

Qu'on y fasse attention, et on verra que la tête présente alors absolument les mêmes diamètres que ceux qui s'offrent dans l'accouchement par le vertex après la flexion de la tête. La seule différence, c'est que, dans celui-ci, la face est en haut et la fontanelle postérieure en bas (SOLAYRÈS), tandis que, dans celui-là, la face est en bas à la place de l'occiput (ROEDERER, § 515). La tête, suivant Levret, représente un cône dont l'occiput est le sommet, dont la face est la base : or, qu'importe que la base marche la première, ou que le sommet précède, si le cône chemine également dans les deux cas dans le sens de son axe et de sa plus grande longueur? Les diamètres et les circonférences ne seront-ils pas toujours les mêmes?

Dans le deuxième temps du mécanisme (rotation), le cône tourne sur son axe et les diamètres ne changent pas.

Dans le troisième temps (flexion, arc de cercle), la longueur du cône devient parallèle au diamètre antéro-postérieur du détroit périnéal, et cela se présente de même dans les positions du vertex (temps d'extension, arc de cercle); mais dans celles du vertex, le sommet du cône s'engage dans le vide de l'arcade, et fait que sa base peut facilement se dégager en arrière. Eh bien! dans celles de la face c'est la base qui s'enfonce dans l'arcade et permet au sommet de se dégager en arrière. Ce langage figuré n'est peut-être pas assez clair, et le dernier temps du mécanisme est assez important

pour que je tienne à l'éclaircir. Dans le dernier temps du mécanisme des positions du vertex, l'occiput en s'enfonçant dans l'arcade diminue d'autant le grand diamètre de la tête, et la rapportant toute entière en avant permet au front de se débarrasser du coccyx et du périnée. Dans le dernier temps des positions de la face, le menton s'engage sous les pubis, toute la face (base du cône) tend à s'enfoncer dans l'arcade, et peut par conséquent (le menton étant libre) se porter en avant avec toute la tête : autant elle se portera en avant, autant elle diminuera de la longueur du grand diamètre pour permettre à l'occiput de se débarrasser du périnée. S'il est vrai que le menton puisse s'enfoncer autant sous les pubis que peut le faire l'occiput, tous les diamètres seront égaux. Or, il y a bien plus d'espace libre entre le menton et le raphis qu'entre l'occiput et la même partie : donc la face peut s'enfoncer plus que l'occiput ; donc elle offre plus d'avantages. Ces avantages sont réels, mais ils sont diminués par la largeur de la mâchoire, qui l'empêche de s'adapter à l'arcade et de s'y enfoncer parfaitement (1). Somme totale, j'affirme que de deux sujets d'égale force et offrant la même liberté des passages, enfin dans des circonstances semblables, celui dont l'enfant offrira la face ac-

(1) Tous ces raisonnemens théoriques ne sont pas de vaines paroles ; ils servent beaucoup pour l'établissement des indications, comme on le verra ci-après.

couchera *au moins* aussi facilement que celui dont l'enfant offrira le vertex (1). Il faut bien qu'il en soit ainsi puisque la plupart des accouchemens spontanés par la face dont j'ai été témoin étaient premiers accouchemens. Dans mon tableau, vous trouverez, sur nos soixante-douze positions de la face, quarante-un accouchemens spontanés; le reste a été terminé par l'art : encore cette grande proportion des accouchemens artificiels tient-elle, non pas aux difficultés du travail ni aux dangers de la mère, mais bien à ceux de l'enfant : c'est ce qui va nous occuper.

§ II. *Pronostic relativement à l'enfant.* On ne peut nier que l'attitude du fœtus quand il présente directement la face ne soit très-dangereuse à une certaine époque du travail, *si elle dure* pendant un temps trop long. L'apoplexie, ou au moins la pléthore cérébrale et la disposition aux convulsions en sont trop souvent le funeste résultat. Je n'ai pas vu que ces enfans restassent plus sujets à l'ophthalmie, quoiqu'ils eussent quelquefois la conjonctive ecchymosée. Le tiraillement du prolongement rachidien du cerveau peut-il aussi entrer comme cause de sollicitude dans le pronostic? J'en doute fortement : néanmoins la crainte des autres accidens a nécessairement beaucoup d'influence dans l'étude

---

(1) Il n'en serait pas de même, à beaucoup près, de celui dont l'enfant offrirait le front sans tendance à réduction faciale ou syncipitale.

·s indications : tel cas qu'on abandonnerait à la ture si l'on n'avait égard qu'à la mère, requiert mploi de la main ou des instrumens, parce que nfant est dans une situation pénible et dan-reuse.

Il serait bien difficile d'assigner un terme précis -delà duquel il ne fût plus permis d'atteindre. On it des fœtus rester long-temps dans cette attitude, umis aux contractions utérines, sans en ressentir cune atteinte notable (Voyez *les observations rticulières.*). On en voit qui restent long-temps x parties externes de la génération, qui remuent lèvres et la langue, quoique pressés de toutes rts. En pareils cas, je me suis quelquefois réglée là-ssus; j'ai aidé à l'accouchement quand j'ai vu les ouvemens disparaître et la congestion sanguine gmenter. Vous verrez, au contraire, des enfans tre sans vie, quoiqu'on ait opéré avant la rup-e des membranes; mais ce sont là des exceptions. général, on ne court presqu'absolument aucun que tant que les membranes ne sont pas rompues que la tête est haute : c'est pour cela que les po-ons primitives ne sont pas plus dangereuses que secondaires, quoique dans celles-là on ne puisse erminer depuis quel temps au juste le fœtus est ns cette pénible attitude. Remarquez bien que ce st pas l'attitude même qui est dangereuse, c'est compression du col et de ses vaisseaux. Dès que membranes se rompent, le col, qui est étendu aillant, se trouve comprimé par l'utérus ou bien

appuyé sur les parois du bassin : de là la congestion et la tuméfaction. Jusque là la face ne s'était point tuméfiée ; ce n'est qu'alors qu'elle se gonfle : *donc ce n'est pas l'attitude, mais la compression* qui produit la stase sanguine et la pléthore cérébrale. Ce gonflement de la face tient aussi en partie à la cause générale des tuméfactions qui ont lieu à l'orifice de l'utérus (*Voyez* premier Mémoire.). Quelquefois elle s'étend au col, et alors elle est d'un augure plus défavorable, parce qu'elle indique une compression et une stase plus considérables : d'ailleurs, ce gonflement du col entretient la gêne de la circulation dans les veines du cerveau et rend plus imminent l'état apoplectique ou convulsif. A peine doit-on faire entrer en considération la tuméfaction de la face relativement à la difformité. Je sais que rien n'effraie et ne tourmente plus les parens que de voir naître un enfant avec la face presque noire, les lèvres renversées, le nez à peine visible ; je sais qu'ils peuvent attribuer cet état à des manœuvres inconsidérées ; mais il sera toujours facile de mettre sa réputation à couvert en les prévenant avant l'accouchement, et en les rassurant ainsi d'avance. Si on ne parvient pas d'abord à les rassurer complétement, ils n'en sont que plus agréablement surpris en voyant en cinq à six jours sortir de dessous ce masque hideux une figure et un teint agréables. Un peu de vin, d'eau végéto-minérale, ou d'eau-de-vie mêlée de beaucoup d'eau opèrent ce prodige. Il ne faut pas s'inquiéter davantage de la tendance

ıe conserve la tête à se renverser vers le dos : dès ı'on cesse de la soutenir, elle prend l'attitude ı'elle avait dans le bassin. C'est une affaire de deux trois jours au plus, et cela n'indique aucune lésion ırmante. C'est la même cause qui fait que les enfans s par les fesses ont beaucoup de tendance à relever r l'abdomen et la poitrine leurs membres infé-ıurs, tout étendus comme ils l'étaient pendant le ıvail.

En résumé, toutes les fois qu'une femme robuste bien faite présentera un orifice bien ouvert, un ıvail récent et soutenu (1), on devra espérer et endre (surtout si elle a eu d'autres enfans) la ter-ınaison spontanée d'un accouchement par la face, devra l'attendre et la favoriser. Mais il faudra ır d'une manière plus énergique toutes les fois que membranes rompues et les douleurs suspendues ndant plusieurs heures exposeront l'enfant à une ıp longue souffrance (2).

---

(1) Il faut encore une condition, c'est que la face se pré-te bien; les positions mentales et malaires seraient des tre-indications; les positions diagonales, le front en avant, t aussi moins avantageuses que les transversales, à cause la grande rotation qu'elles nécessitent.

(2) J'ai déjà fait pressentir de quelle importance il est, ıs certains cas, de savoir si la position est primitive ou se-daire : c'est ici que cela se rattache. Les positions secon-res ont deux temps de plus dans leur mécanisme : tant elles ne sont pas parfaites, la tête doit rester au détroit érieur. On ne s'étonnerait donc pas, en pareil cas, de

ARTICLE VII.

Indications et procédés opératoires.

Par cela même que le pronostic a paru différent aux divers auteurs, ils ont dû aussi apercevoir des indications différentes, et donner des conseils dissemblables.

Si quelques-uns, comme Portal [1], ont conseillé de ne point se presser, et de laisser faire la nature, la plupart ont voulu qu'on s'empressât d'agir. Lorsque la face est encore haute, il faut, suivant Delamotte, terminer sur-le-champ en allant chercher les pieds (p. 295). Mauriceau veut qu'on tente auparavant de redresser la tête. Tel est aussi le sentiment de Dionis, Viardel, Smellie, Baudelocque, Stein, etc. D'autres encore, si la face est trop descendue, parlent du crochet (Peu, p. 379) ou du forceps (Deleurye, p. 241; Smellie, p. 299). Stein joint un lacs au forceps (t. II, p. 138) pour agir plus sûrement.

Ces divers moyens peuvent effectivement trouver

---

voir le travail durer depuis un temps plus considérable sans que la tête fût descendue. Mais dans une position primitive, la tête doit descendre dès les premières douleurs; si elle ne descend pas, il y a quelqu'obstacle particulier : c'est cet obstacle qu'il faut chercher; c'est lui qui doit déterminer les indications. On conçoit aussi que les positions secondaires seraient plus facilement réduites à celles du vertex si on voulait encore recourir à cette manœuvre.

leur application; l'important et l'essentiel, c'est de déterminer à quels cas chacun d'eux est applicable.

Il ne faut pas sans doute une sagacité bien grande pour voir que le crochet ne convient que dans la complication de difformité du bassin et lorsque l'enfant est mort sans aucun doute ; mais il n'est pas si aisé de démêler les cas où le redressement est *opérable* de ceux où il ne l'est pas. Examinons avec ordre tous ces objets, et suivons pour cela notre méthode ordinaire. C'est, si l'on s'en rappelle, une triple division des indications : 1° laisser agir la nature; 2° aider la nature sans changer ses dispositions; 3° changer les dispositions naturelles pour de plus favorables.

§ Ier. *Laisser agir la nature*. J'ai dit plus haut tout ce que je pensais à ce sujet. Répétons seulement ici que, sur soixante-douze faits, quarante-un appartiennent à des accouchemens spontanés, et que, de ces quarante-un accouchemens, trente-huit ont amené des enfans vivans : trois seulement sont nés morts, encore étaient-ils putréfiés. Les précautions qu'on a à prendre pendant le cours du travail sont peu nombreuses : détruire l'obliquité si elle existe, favoriser autant qu'on peut la rotation de la tête, et soutenir le périnée, voilà à-peu-près à quoi elles se bornent. La dernière demande quelques attentions. En soutenant le périnée, il faut se rappeler que le menton est engagé dans l'arcade, que le haut du col appuie sur le bord de cette arcade,

et que le devant du col appuie derrière les pubis. Il faut donc bien se garder de pousser fortement en haut et en avant : on augmenterait de beaucoup les dangers que court le fœtus : il faut simplement *soutenir* et non pas pousser la tête. Dès que l'enfant est né, quelques résolutifs sur la face, deux ou trois sangsues aux tempes s'il y a menace de convulsions, et, avant cela même, la saignée ombilicale, voilà quels sont les secours qu'il faut lui donner. J'avertis ici les élèves d'être bien circonspectes relativement à la saignée. Quelquefois on a trop laissé saigner le cordon ombilical ; les linges ensanglantés par la mère ont dérobé à l'attention les taches produites par l'enfant, et on ne s'en est bien aperçu qu'après l'apparition des symptômes d'une faiblesse inquiétante. Il en est de même des sangsues : leur piqûre laisse souvent couler beaucoup de sang si l'on n'y prend garde; quelquefois même on est obligé d'en venir à la cautérisation.

Quoique j'aie vu quelquefois la tête descendre le front au centre; quoique la joue ne se soit redressée qu'au détroit inférieur dans quelques cas d'accouchement spontané; quoique le menton ait remonté pour faire place à la face bien horizontale (Delamotte), cependant, en général, toute position inclinée qui ne paraîtra pas disposée à se réduire à une position franche, sera une indication d'agir, et rentrera dans l'un des articles suivans. C'est alors moins sur la position même que sur les circonstances environnantes qu'on établira les indications.

§ II. *Aider dans le sens des efforts de la nature.* On ne peut agir ainsi qu'en favorisant le mécanisme naturel. Je rappelle que dans les positions franches, ce mécanisme a trois temps principaux; il en a cinq dans les positions frontales, et au moins quatre dans les mentales et malaires.

A. *Positions franches.* La main ne peut guère avoir d'utilité ni pour faire descendre la tête, ni pour favoriser sa rotation ni son extension; elle n'a donc d'utilité qu'autant qu'elle est armée de leviers convenables, tels que le forceps ou les crochets.

1er *Temps.* Si l'inertie de l'utérus ou un accident quelconque force d'employer le forceps *au détroit supérieur*, il sera introduit suivant les règles (*Voy.* premier Mémoire.). Mais il sera ici plus que jamais nécessaire de placer les branches sur les côtés de la tête : le plus souvent donc l'une devra être mise en avant, l'autre en arrière. On en sent aisément la raison : le col, qui est d'un côté du bassin, ne permet pas d'y appliquer une des cuillers. Règle non moins générale, le bord concave du forceps doit toujours être du côté du menton, parce que c'est le menton qui doit toujours être ramené en avant.

L'application du forceps sera par conséquent ici bien plus difficile que pour le vertex, surtout si la position est diagonale, et que le front reste en avant; car alors, pour tourner le bord concave vers le menton, il faudrait nécessairement le tourner vers la partie postérieure du bassin : aussi ne l'emploirai-je presque jamais, et préférerai-je constamment

26

alors la version, si elle n'est pas tout-à-fait impossible. Le crochet, quand on a la certitude que l'enfant est mort, sera peut-être plus facile à placer; on peut hardiment l'appliquer à la mâchoire inférieure; il y convient peut-être même mieux qu'au front, et surtout que dans les oreilles, comme le conseillent divers auteurs. L'appliquer là, ce serait produire une position malaire, position inclinée et défavorable, surtout si le crâne n'a pas été perforé. (*Voy.* d'ailleurs les règles générales, premier Mémoire).

2e *Temps*. Si le forceps peut être bien placé au détroit supérieur, ou si la tête, descendue dans l'excavation, n'a pu exécuter la rotation, et que le forceps soit alors appliqué (ce qui devient beaucoup plus facile, surtout si la position est diagonale, le menton en avant (1), il est évident qu'il offre la plus grande énergie pour produire cette rotation. Il tournera aisément le menton sous les pubis, il l'y tournera par degrés et sans brusquerie. Smellie veut même qu'on l'y porte quand il était d'abord tourné vers le sacrum. Je n'ai jamais vu le menton tout-à-fait en arrière; mais j'ai rencontré des positions diagonales dans lesquelles il regardait une des symphyses (sacro-iliaques) : le forceps eût été alors

(1) Rappelez-vous, à ce sujet, que la face ne descend jamais dans l'excavation en restant diagonale, de telle sorte que le front soit en avant; la brièveté du col ne peut mesurer la longueur de la paroi postérieure de l'excavation.

d'une application analogue à celle que Smellie exige, mais bien difficile; je ne l'ai employé qu'après réduction spontanée à une position franche; avant la réduction, j'ai préféré la version: c'est ce que je disais encore il n'y a qu'un instant.

Le crochet est évidemment inutile pour le mouvement qui constitue le deuxième temps.

3[e] *Temps*. Dans celui-ci, après la mort de l'enfant, le crochet pourrait servir : c'est sur la fontanelle antérieure, sur le sinciput, qu'il faudrait tâcher de l'appliquer, que le crâne ait été ou non préliminairement perforé. Le forceps est encore ici d'une utilité incontestable, et son application est très-facile, puisqu'il doit entrer seulement sur les côtés du bassin, tirer horizontalement, puis produire la flexion de la tête en élevant les crochets: telle est la manière de s'en servir.

J'en ai dit assez ailleurs pour n'avoir pas besoin de répéter longuement les raisons pour lesquelles, quand la tête est entière, le menton ne doit jamais, *sous quelque prétexte que ce soit*, être conduit et dégagé en arrière : ce serait vouloir se créer des obstacles invincibles et tuer l'enfant. Il n'est qu'un seul cas où on serait excusable de le tenter, si on croyait avoir plus de facilité de ce côté-là : c'est celui où l'enfant est dans un état complet de putréfaction, ou bien encore celui où le crâne a été d'abord vidé puis déchiré par les crochets, et où la tête se trouve réduite, pour ainsi dire, à la face et à la base du crâne.

B. *Positions inclinées*. Les positions mentales et malaires n'étant jamais primitives, ont nécessairement deux temps de plus dans leur mécanisme, celui de déviation et celui de restitution. De ces deux mouvemens, le deuxième seul doit être favorisé. Je ne puis donner de règle à cet égard : le forceps, le crochet, la main seule pourront servir suivant les circonstances (voyez *Règles générales*) ; toujours ils agiront sur la partie arrêtée, sur celle qui est le plus en arrière afin de l'attirer, de la faire descendre ; ils n'agiront point en repoussant celle qui serait trop descendue, le tronc, par exemple, et les épaules dans les positions mentales ; la version serait plus facile et bien plus sûre que de tels procédés, dont cependant sont remplis les livres de nos anciens maîtres (Deventer, Guillemeau, Mauriceau, etc.).

Quant aux positions frontales elles sont toujours primitives ; jamais, que je sache, une position franche ne s'est tranformée en frontale. Elles ont aussi deux temps de plus dans leur mécanisme, celui de disposition et celui d'extension graduelle. Le premier ne doit point être favorisé : au contraire, si on peut le prévoir, on pourra peut-être et on devra l'empêcher, s'il est possible, en corrigeant l'obliquité de l'utérus. Le plus ordinairement, je pense, quand ces précautions-là ont été suivies d'une position favorable, c'est que le fœtus était bien disposé d'abord. N'importe si cette précaution offre quelques chances heureuses, il ne faut

pas la négliger ; elle a d'ailleurs l'avantage d'augmenter les forces expultrices. Quant au deuxième temps, c'est toute autre chose. Quand une fois la tête a commencé à se renverser sur le dos, vous aurez beau la retenir, vous ne l'empêcherez pas de se renverser davantage ; et nous avons prouvé plus haut d'ailleurs que ce serait un désavantage que de la retenir ainsi. C'est donc un avantage réel que de favoriser son extension complète afin de produire l'*horizontalité* de la face. Les auteurs la redoutent, et nous la désirons ; *nous ne la préférons pas à celle du vertex, mais bien à celle du front.* On favorisera ainsi le mécanisme nécessaire pour la terminaison spontanée des positions frontales (Voyez *Mécanisme.*). Or, on favorisera le mécanisme de deux manières différentes : 1° en soutenant à chaque douleur d'abord le haut du front, puis le front lui-même, et permettant au menton de s'abaisser de plus en plus, jusqu'à ce que la face soit tout-à-fait parallèle au plan du détroit supérieur ; 2° en tirant sur le menton avec deux doigts recourbés en crochets. Ces deux manières ont été mises en pratique par moi, tantôt séparées et tantôt combinées : on en trouvera ci-après des exemples. La dernière est préférable à la première. Par ces moyens, j'ai opéré le renversement complet de plus d'une tête parvenue, le front le premier, jusque dans l'excavation.

§ III. *Changer les dispositions naturelles.* A. *En agissant sur la tête seule.* Il s'agit ici du redres-

sement de la tête ou d'un mouvement de flexion opposé à celui qui change une position du vertex en frontale ou en faciale. Deux manières d'y parvenir se présentent d'abord à l'esprit, et ce sont les mêmes dont nous avons parlé tout-à-l'heure : repousser le menton et attirer l'occiput. 1°. De quelque manière qu'on s'y prenne, les auteurs conseillent, en général, de repousser d'abord la totalité du fœtus pour se ménager de l'espace et de la liberté. C'est sur l'épaule, ou la poitrine, ou le dos que Guillemeau avait jadis conseillé de porter l'effort destiné à repousser le fœtus avant d'agir sur l'occiput (pag. 183). Mauriceau (pag. 298) et Dionis (pag. 277) parlent également de repousser l'épaule avant d'agir. Deventer (pag. 208) assure qu'en repoussant la poitrine « la tête tombé d'elle-même ». Smellie veut, je crois, qu'on repousse la tête même. Voilà bien des autorités; mais ce refoulement est-il une chose bien facile? Oui, sans doute, il l'est avant la rupture des membranes ; mais alors il est inutile ; car si la tête est basse, il vaut mieux laisser aller les choses ; si elle est haute, on peut la redresser sans refoulement; mais quand les eaux sont écoulées et l'utérus rétracté, c'est en vain qu'on cherchera à l'opérer, quelle que soit la partie sur laquelle on appuie ; on romprait plutôt la matrice. Je ne sais même pourquoi j'ai dit sur quelque partie qu'on appuie, car il est évident qu'alors la tête remplit l'excavation et qu'il faudrait la repousser d'abord pour pouvoir saisir l'é-

paule ou la poitrine. Voilà pour le refoulement préliminaire ; passons au redressement même.

2°. *Repousser la face* n'est pas une chose bien commode ni bien facile : c'est cependant ainsi que Viardel (pag. 112), Dionis, Peu, Smellie (t. II, p. 322 et 330), disent l'avoir réduite, ou conseillent de le faire, soit que le front se présente seul, soit que la face soit déjà pleinement horizontale. Soit qu'on veuille pousser sur le menton, soit qu'on veuille agir sur la racine du nez ou sur les joues (positions frontales) ; si on n'agit pas au milieu des eaux de l'amnios et dans la plus grande liberté, je suis persuadée qu'on échouera constamment. Je dis plus, et j'affirme, d'après mon expérience, que de cette manière on ne pourra même pas s'opposer à la production d'une position frontale, ni à celle d'une position faciale complète. J'ai eu beau soutenir avec deux doigts la racine du nez, les sourcils, les joues, etc., la face n'en est pas moins descendue : un ou deux doigts pouvaient-ils résister à tout l'effort des contractions utérines et abdominales ? Trois fois de suite j'en ai pu faire l'essai dans ma pratique particulière pendant le cours de l'année 1819. Si on pouvait faire quelque chose en pareil cas et de pareille manière, ce ne serait que retarder la marche de la tête, et s'opposer au mécanisme de son expulsion spontanée.

3°. *Ramener l'occiput* au centre du bassin est un procédé bien plus rationnel et bien plus facile.

Les doigts courbés s'avancent sur le crâne jusqu'à toucher la nuque, enveloppent l'occiput, l'attirent et l'abaissent en relevant la face. Le levier de Roonhuisen, le tire-tête à trois branches de Levret proposé récemment par Stein, ne valent pas les doigts dans l'exécution de cette manœuvre : recommandée jadis par Guillemeau, elle a été remise en faveur par Baudelocque, et moi-même j'en ai obtenu assez souvent (sept fois sur soixante-seize ; *voyez* le tableau comparatif) des résultats avantageux. Neuf ou dix fois la tête, réduite à une des positions du vertex, est descendue spontanément et est sortie sans difficultés; mais dans ces neuf ou dix cas la tête était très-élevée dans le bassin, elle était peu volumineuse et l'utérus était peu contracté ; les membranes venaient de se rompre. Que de fois, au contraire, n'ai-je point perdu ma peine à de semblables tentatives quand la tête était grosse, quand elle était engagée dans le détroit supérieur, quand l'utérus la pressait en bas et se contractait sur le corps de l'enfant ! et même dans les circonstances les plus souhaitables je n'ai pas toujours réussi. Je ne suis pas la seule, au reste, à qui cela soit arrivé : Delamotte ne put en venir à bout dans deux accouchemens qui se terminèrent seuls (observations 148 et 149). Lorsque j'employai ce procédé opératoire, j'étais encore imbue du préjugé général ; j'avais contre la terminaison spontanée des accouchemens de cette sorte une prévention que je n'ai plus aujourd'hui ; je

croyais ne pouvoir assez tôt apporter remède à ces dispositions redoutables. Ce procédé, je l'ai mis en usage pour la dernière fois il y a cinq ans. Depuis ce temps, la nature a tout fait dans les mêmes circonstances où je m'évertuais jadis à la combattre; je le regarde donc comme effacé de mes règles de pratique : car, ou bien j'attendrai avant d'agir que la face soit descendue, et alors il sera trop tard pour redresser la tête, le forceps sera seul proposable; ou bien si quelque considération particulière qui exige une prompte terminaison me force à agir quand la face sera encore au détroit supérieur, je préférerai la version au redressement, qui n'accélérerait pas assez le travail. Quand le front se présente, je trouverai toujours plus de facilité à faire descendre la face, j'atteindrai le menton bien plus aisément que l'occiput; je favoriserai la *pente naturelle* de la tête, et je *n'aurai pas besoin de la repousser hors de l'excavation.* Que l'accouchement aille seul ou que le forceps soit indiqué, j'en obtiendrai toujours un égal avantage. Cela me rappelle que M. Baudelocque lui-même, malgré sa prévention, se vit forcé de se conduire ainsi; lui-même me le raconta le lendemain de l'événement.

Le fœtus présentait le front, et M. Baudelocque voulut d'abord soutenir la face et l'empêcher de descendre : vains efforts, elle se rapprochait à chaque douleur de la direction horizontale. Il voulut alors aller chercher l'occiput, il ne put parvenir à

l'abaisser ; enfin il ne vit d'autre ressource que d'accélérer la marche de la nature en secondant ses efforts, c'est-à-dire, en appuyant sur le front pour faire descendre le menton davantage. La tête sortit ensuite toute seule, et M. Baudelocque demeura tout surpris de la facilité de son expulsion. Son successeur, non moins célèbre que lui, est dans les mêmes idées. M. Dubois regarde comme exceptions les faits constatés par les auteurs. Sans doute il n'y a pas réfléchi : l'explication est trop simple pour échapper à sa sagacité si son attention s'y arrêtait un instant.

B. *Changer, etc., en agissant sur tout le fœtus.* C'est de la version dont je veux parler. La version a été recommandée par les auteurs, par Baudelocque lui-même quand les circonstances lui sont favorables ; moi-même je me suis souvent cru forcée de la mettre en partique (vingt-quatre fois sur soixante-seize accouchemens). Aujourd'hui, plus confiante dans les ressources de la nature, je n'y ai plus recours que dans les cas très-rares de nécessité absolue. Ce n'est guère la position en elle-même qui m'y détermine, mais plutôt les accidens et les complications qui peuvent également se joindre à toute autre. C'est l'hémorrhagie, les convulsions, l'issue du cordon ombilical ; c'est l'inertie de l'utérus ; c'est la persistance d'une position frontale, etc. Enumérer les conditions nécessaires pour qu'on puisse opérer, exposer les signes qui requièrent et indiquent l'opération, ce se-

it revenir sur ce que nous avons amplement dé-
llé dans un autre Mémoire.

Peut-être y a-t-il pourtant une exception, et la
ici : si par hasard (chose que mon expérience
e fait regarder comme impossible) je trouvais
menton tout-à-fait tourné en arrière, c'est-à-
re vers le sacrum, et que l'enfant fût présumé
ant, je crois que je ferais tout pour aller aux
eds; *la tête même fût-elle au bas de l'excava-
n, et eût-elle en partie franchi l'orifice utérin*, je
herais de la repousser et de me faire un passage.
tte méthode me paraît préférable à l'application
forceps et à des tractions directes (Voy. *Méca-
ime.*). Elle me paraît préférable aussi au procédé
Smellie, qui veut qu'on ramène le menton sous
pubis. Dans l'état de gêne et d'extension forcée
est le rachis, n'est-ce pas vouloir le tordre, le
cer, le rompre même, que de faire parcourir
menton un demi-cercle tout entier? Cette ma-
uvre, d'ailleurs, ne pourrait être exécutée qu'a-
un forceps droit. Je sais qu'il n'est pas facile de
ourner un enfant dont la tête est dans l'excavation
bassin; j'y suis pourtant assez souvent parvenue.
Mais si la tête en pareil cas avait franchi l'ori-
, il faudrait bien se résoudre à choisir entre les
x manières d'appliquer le forceps; la version
serait plus proposable. Mais pourquoi nous
er des difficultés chimériques? le raisonnement
nme l'expérience ne nous prouvent-ils pas, en-
e une fois, que cela est tout-à-fait impossible, à

moins que le fœtus ne soit presque en putrilage, ou que le crâne ne soit détruit par les instrumens ou par une maladie : alors sans doute on n'aurait pas grande difficulté à appliquer le forceps et à tirer directement ; alors même peut-être il serait possible d'aller, sans grand danger, à la recherche des pieds.

Perdrai-je le temps à détailler les particularités de la manière d'opérer dans les différens cas? Dirai-je que la main droite convient pour la quatrième position, et la gauche pour la cinquième? Répétitions inutiles, détails minutieux qu'on retrouvera avec bien plus de fruit dans les observations particulières.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

isant suite au troisième Mémoire sur les Positions de la Face.

N° Ier.

Position de la face (1re). — *Terminaison spontanée.*

Position primitive.

. nommée Gob..., forte et sanguine, âgée de nte-deux ans, abondamment réglée dès l'âge de -huit ans, était au neuvième mois de sa troi-me grossesse.

.e travail commença le 6 février 1817, à sept ires du soir. Le cercle de l'orifice était souple et ce, ouvert de huit à dix lignes. Les membranes ompirent dès les premières douleurs, et peu u s'écoula; il fut alors facile de reconnaître la , dont le front était au bas de l'ilium gauche, et ienton vers le bord anguleux de l'ilium droit. .e position, reconnue dès les premiers instans travail, était *primitive*, c'est-à-dire que la face t été de prime-abord tournée vers l'orifice et lle n'y était point descendue par degrés. L'uté-

rus était fort peu oblique en avant et point latéralement. La dilatation acheva de s'opérer, les douleurs se soutinrent, et la tête descendit dans l'excavation (1er *temps*) : là, elle tourna de telle sorte, que le front se porta dans la partie la plus concave du sacrum, et le menton derrière les pubis (2e *temps*). Cette rotation une fois faite, ses progrès furent de plus en plus rapides ; le menton s'avançait sur la commissure antérieure des grandes lèvres, et le front faisait saillir le périnée, qu'il ne tarda pas à franchir sans toutefois l'endommager. Après lui passèrent en un instant, au-devant de la fourchette, la fontanelle antérieure, la suture sagittale, et enfin l'occiput (3e *temps*). La tête ne fut pas plutôt dehors que le tronc s'échappa avec violence, suivi d'une assez grande quantité d'eau.

Le travail en totalité ne dura que six heures. J'ai vu plusieurs fois pareil accouchement se terminer en trois heures de travail. Une ou deux fois, deux heures ont également suffi. L'enfant était une fille vigoureuse; elle pesait sept livres, et avait la face tuméfiée et livide. Délivrance facile; sortie de l'hospice le 17 février.

Cette femme avait eu déjà deux enfans, et les douleurs furent bonnes et soutenues : c'est à cela qu'il faut attribuer la promptitude de l'accouchement et la bonne santé de l'enfant.

Le travail a été suivi avec attention, et on a pu se rendre un compte exact de tous ses phénomènes.

Puisque la face était horizontale au détroit supé-
ieur; puisqu'elle l'était à l'instant même où les
nembranes se sont rompues, on doit présumer
qu'elle était ainsi placée avant le commencement
lu travail. Il est impossible de préciser la durée du
emps que l'enfant a passé dans cette attitude, et on
oit qu'il n'en a pas été bien affecté; mais on a pu
uger du temps qu'il a passé ainsi placé dans l'ex-
avation, les membranes rompues et le col com-
rimé : ce temps n'a pas été considérable; sans quoi
enfant n'eût pas été aussi bien portant qu'il l'était.

N° II.

3e Position de la face (1re).— *Terminaison spontanée.*

Position secondaire.

Le 17 janvier 1820, j'étais auprès d'une jeune
mme enceinte pour la première fois. Elle était en
avail depuis environ huit heures. J'avais trouvé
rifice dilaté et les membranes tendues; la tête
ait au-dessus du détroit supérieur et difficile
toucher. Quoique les douleurs fussent faibles,
pendant la tête se plongea tout-à-coup dans l'ex-
vation, et, à travers les membranes, je recon-
is, non sans étonnement, la troisième position
la face. J'avais, dans le premier moment, senti
du moins cru sentir le synciput au détroit supé-
eur : ainsi le renversement de la tête a dû s'o-

pérer *brusquement* et dans le moment même de sa descente : cependant il n'y avait point d'obliquité bien sensible de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, les douleurs se ralentirent alors, et je me vis forcée de rompre les membranes. L'eau s'écoula, la tête descendit davantage, puis en deux douleurs tourna le menton sous les pubis. Peu après le front et le crâne glissèrent sur le périnée et franchirent son bord antérieur. Avant ce mouvement la face resta quelques instans comme encadrée par la vulve, et j'observai des mouvemens des lèvres, et de la langue qui passait entre elles.

L'enfant naquit sans efforts : il était bien portant et n'eut pas besoin de secours, sans doute parce que le renversement s'était opéré assez vite, et que la tête était restée peu de temps soumise, dans cet état forcé, aux contractions de la matrice et à la pression des parois du bassin. La face, un peu ecchymosée, effraya d'abord les parens. Des lotions avec du vin ont suffi pour dissiper toute crainte en trois jours de temps.

La mère s'est très-bien portée. Quoique l'enfant fût assez gros, que les parties n'eussent point été dilatées par un premier accouchement, et que je n'eusse exercé que des efforts *modérés* pour soutenir le périnée, il fut cependant presqu'intact et ne reçut qu'une très-légère atteinte. J'avais ménagé mes pressions pour ne point comprimer le col de l'enfant contre les pubis.

Dans le même trimestre, j'ai eu sous les yeux, dans ma pratique particulière, un cas tout semblable, et un autre dans lequel l'enfant présentait d'abord la fontanelle antérieure au centre du bassin. La tête se renversa graduellement et se réduisit à la troisième position de la face. Il y avait ici obliquité antérieure assez considérable.

Les deux enfans ont vécu.

Il faut noter que dans les deux cas il y avait eu déjà des accouchemens antérieurs.

N° III.

3e Position de la face (1re). — *Accouchement spontané.*

Position primitive.

Il s'agit ici d'une femme sanguine et forte, âgée de dix-neuf ans, réglée dès l'âge de quinze ans, trois jours chaque mois, enceinte de son premier enfant et à terme.

Elle arriva à l'hospice le 13 septembre 1810, vers le soir. L'orifice commençait à s'ouvrir (5 lignes de diamètre); il était fort en arrière; les contractions étaient fortes, et la tension des membranes empêchait de reconnaître la partie présentée par le fœtus.

Le 14, à cinq heures du matin, on reconnut à travers les membranes la face horizontale et le front du côté gauche. A six heures, rupture des

membranes ; la face descend dans l'excavation pelvienne jusqu'au détroit inférieur. Là, elle est pressée par des contractions plus vives, et en une seule douleur elle tourne sur son axe ; le menton occupe l'arcade pubienne, et la racine du nez touche le bord antérieur du périnée, qui bombe fortement. Quelques nouvelles douleurs suffirent pour dégager la tête par un mouvement d'arc de cercle auquel le dessous de la mâchoire servait de centre : le reste se fit sans peine et sans accident. L'enfant était gros et parfaitement sain.

C'était un premier accouchement, et cependant aussitôt après la rupture des membranes, la tête descendit, et l'accouchement fut en quelques instans terminé. Il y avait ici obliquité antérieure de l'utérus ; mais elle ne pouvait guère influer sur la position, puisque la face était transversale : d'ailleurs cette position n'a pu dépendre du travail, puisqu'elle existait (toute transversale) au détroit supérieur.

N° IV.

3e Position (1re).— *Accouchement spontané.*

Position primitive.

Une autre femme, âgée de vingt-deux ans, forte aussi et enceinte pour la première fois, eut un accouchement tout semblable.

Le 11 décembre 1816, elle commença à souffrir

vers trois heures du matin. Les parties génitales externes étaient souples et humides de mucus ; l'orifice de l'utérus était en arrière, ouvert de huit à dix lignes ; le fond de cet organe était incliné en avant et à droite, mais modérément ; les membranes bombaient sous l'influence de contractions vives et soutenues ; elles empêchaient de rien sentir du fœtus. La dilatation augmenta, et je touchai superficiellement une partie volumineuse et molle : ce pouvaient être les fesses, et j'en eus la pensée ; mais les membranes s'ouvrirent, et je reconnus la face aux caractères qui lui sont propres. Elle était horizontale et sa plus grande étendue transversale, le front vers la fosse iliaque gauche, etc. Bientôt elle envahit l'excavation pelvienne en franchissant l'orifice de l'utérus ; un instant après elle exécuta sa rotation horizontale ; le front, glissant sur la paroi postérieure et gauche du bassin, vint s'appuyer sur le coccyx et le périnée ; le menton et la mâchoire inférieure, glissant en sens opposé, tombèrent dans l'arcade pubienne. Le menton se plaça entre les nymphes et remonta vers le mont de Vénus, tandis que le front franchissait la fourchette amenant après lui la fontanelle antérieure, la suture sagittale et l'occiput. Le haut du col servit de centre à ce mouvement de flexion ; la vulve, très-dilatable, n'en souffrit pas d'une manière sensible. La tête, une fois sortie et libre, tourna la face vers la cuisse droite, et l'occiput vers la cuisse gauche de la mère. L'épaule droite se dégagea en avant, la gauche en

arrière : le reste du tronc suivit immédiatement.

Quoiqu'il se fut à peine écoulé une demi-heure entre l'ouverture des membranes et l'expulsion de l'enfant, la face était déjà tuméfiée; il était d'ailleurs bien portant, quoique petit. Cette petitesse n'a pas peu contribué sans doute à la promptitude de l'accouchement et à ses heureuses suites pour les deux individus. Le poids de l'enfant était de quatre livres et demie.

Ici encore la face était transversale et horizontale au détroit supérieur, et avant la rupture des membranes : donc la position était primitive. L'obliquité utérine était trop peu considérable pour être regardée comme cause productrice de cette position.

N° V.

4e Position (2e). *Accouchement spontané.*

Position primitive.

Marguerite B......, âgé de vingt-quatre ans, petite, faible, lymphatique, mais bien portante, enceinte pour la deuxième fois, fut soumise à notre observation le 8 thermidor an 6, à sept heures du soir.

A son arrivée on trouva l'orifice mince et mou, ouvert de dix lignes, et les membranes rompues depuis une demi-heure. On sentit sans peine la face encadrée par le détroit supérieur, le front à droite

et le menton à gauche. Pour faciliter la dilatation, on baigna la malade deux fois dans la nuit, et effectivement, vers le matin, la dilatation s'acheva, et en même temps la tête descendit si rapidement dans l'excavation qu'on n'eut pas le temps de penser à la version du fœtus ni au redressement de la tête. Bientôt le menton se tourna comme d'ordinaire sous les pubis, et deux ou trois douleurs expulsèrent la tête. L'épaule droite sortit en arrière et la gauche en avant.

L'enfant avait la face livide et gonflée, surtout du côté gauche, qui, avant la rotation, avait répondu au vide de l'arcade pubienne. Quelques battemens au cœur et à l'ombilic étaient les seuls signes de vie qu'il donnât (*Saignée ombilicale ; frictions sèches sur le rachis, les mains et les pieds ; bain tiède animé de vinaigre ; extraction des mucosités gutturales*, etc.). Bientôt il fut rendu à la vie, et des fomentations de vin rouge dissipèrent en quelques jours la lividité de la face. La tendance qu'avait la tête à se renverser en arrière a cessé spontanément ; le lendemain on ne s'en apercevait plus.

Cet enfant était un garçon de six livres un quart : sa tête a été mesurée ; en voici les dimensions :

Diamètre occipito-mentonnier..	5 pouces.
— occipito-frontal......	4 pouces 5 lignes.
— bi-pariétal..........	3 pouces 3 lignes.
— fronto-mentonnier...	3 pouces 5 lignes.

La délivrance fut naturelle. Marguerite B...... est

sortie bien portante le neuvième jour après son accouchement.

Ce n'est certainement pas à la faveur de la petitesse que cette tête a passé par le bassin : ses dimensions étaient des plus considérables, puisque le diamètre occipito-frontal avait cinq lignes de plus qu'on ne lui en assigne d'ordinaire, et que l'occipito-mentonnier en avait six de plus qu'on n'en mesure à une tête de volume ordinaire. Ces deux diamètres étaient peu importans pour le mécanisme ; ce n'étaient pas eux qui étaient en rapport avec ceux du bassin, mais bien le fronto-mentonnier ou mento-bregmatique, qui n'avait que trois pouces cinq lignes, et le bi-pariétal, qui était moins considérable encore : aussi la tête descendit-elle avec rapidité, et sortit-elle sans difficulté du détroit inférieur. L'enfant resta fort long-temps dans l'attitude gênante que cette position nécessitait : cependant il naquit vivant : c'est que la tête n'avait que peu séjourné dans l'excavation ; c'est au détroit supérieur qu'elle était restée d'abord ; là, le col n'était pas comprimé, et l'enfant souffrait à peine.

N° VI.

4e Position (2e). — *Accouchement spontané.*

Le 2 février 1818, Éléonore Sang... arriva de Paris, en travail depuis deux jours. Depuis deux jours aussi les eaux de l'amnios étaient écoulées.

Nous apprîmes d'elle qu'on avait plusieurs fois essayé d'aller chercher les pieds de l'enfant. Cependant nous trouvâmes la tête dans l'excavation du bassin ; elle présentait la face bien transversale, et dans la quatrième position.

Les forces étaient tellement épuisées qu'après quelques tentatives infructueuses, je laissai reposer la malade. On lui donna *un bain*, et on lui permit de se livrer au sommeil. Dans la nuit survinrent de nouvelles douleurs, et l'enfant fut expulsé avec une telle promptitude, qu'on n'eut le temps ni de remarquer la manière dont il sortit, ni même de soutenir le périnée : malgré cela cette partie ne fut qu'un peu échancrée. L'enfant cependant était fort gros, et offrait déjà un commencement de putréfaction.

Rétablissement complet de la mère.

La lenteur du travail nous fait présumer que la position était secondaire. Sans doute la tête avait d'abord présenté le front au centre du détroit supérieur ; elle avait mis son diamètre occipto-mentonnier en rapport avec ce détroit et n'avait pu descendre. On avait alors essayé d'amener les pieds; on avait reconnu peut-être l'indication, mais on n'a pas su la remplir. Les tentatives qu'on a faites ont sans doute repoussé la tête, et par conséquent le front du côté opposé à la partie antérieure de l'enfant sur laquelle on cherchait les pieds. Le front rapproché d'un des côtés du bassin, le menton

a pu descendre davantage, la face est devenue horizontale : alors elle n'offrait plus au détroit que son diamètre mento-bregmatique ; elle a pu descendre dans l'excavation, et de là être projetée au dehors : sans doute elle était d'abord diagonale au détroit supérieur ; elle est devenue transversale en descendant, et a par conséquent commencé ainsi son mouvement de rotation horizontale, si, comme il est probable, le front était d'abord un peu en avant : c'est, comme nous avons vu, le plus ordinaire dans les positions secondaires, parce qu'elles dérivent plutôt de la première ou deuxième du vertex que de toute autre : celle-ci serait dérivée de la deuxième du vertex. Le périnée n'a pas été lésé, quoique non soutenu, parce que la tête ne lui a pas présenté de très-grands diamètres : d'ailleurs, il avait été distendu et repoussé à plusieurs reprises dans les efforts qu'on avait faits pour produire la version du fœtus.

N° VII.

4ᵉ Position secondaire (2ᵉ). — *Accouchement spontané.*

La nommée Sév.... entra à la salle des accouchemens le 18 mars 1811 ; elle était en travail depuis deux heures. L'orifice assez largement ouvert et les membranes peu tendues permettaient de sentir au détroit supérieur la tête dans la *deuxième*

position du vertex; mais la fontanelle antérieure était beaucoup plus accessible que de coutume; la postérieure était trop élevée pour être sentie (1er *temps*). Une heure et demie après, je touchai cette femme, et je sentis sans grande difficulté tout le front et même les arcades sourcilières au voisinage de la symphyse sacro-iliaque gauche. Les élèves qui suivirent le travail s'aperçurent qu'il s'avançait (le front) de plus en plus vers le centre. Elles vinrent m'avertir au moment de la rupture des membranes : une douleur l'avait produite. Je trouvai la face presque horizontale, le front, un peu plus bas que le reste, répondait derrière la cavité cotyloïde droite; toute la tête avait beaucoup descendu et s'était engagée complètement dans l'excavation (2e *temps*). Les douleurs continuèrent, la face s'abaissa davantage en devenant tout-à-fait horizontale et transversale (3e *temps*). Quand le front fut tout-à-fait au bas de l'ischion droit, la tête suspendit quelque temps ses progrès, puis des douleurs plus énergiques la firent rouler horizontalement, de sorte que le front se porta sur le bas du sacrum et sur le coccyx, tandis que le menton entrait dans l'arcade (4e *temps*). Ce mouvement ne fut complet qu'après quatre à cinq douleurs; il en fallut à-peu-près le double pour distendre le périnée et la vulve, et dégager la tête par le mouvement de flexion en arc de cercle déjà plusieurs fois indiqué (5e *temps*). L'accouchement ne s'opéra que huit heures après les premières douleurs, et cinq heures et demie environ après la rup-

ture des membranes et le renversement à-peu-près complet de la tête. L'enfant était bouffi et ecchymosé; mais il a été bientôt ranimé, et n'a eu besoin que d'une légère saignée ombilicale. La tête n'a pas conservé au-delà d'un jour la tendance qu'elle a toujours en pareil cas à se renverser sur le dos. A sa naissance cet enfant pesait six livres : c'était un garçon. Il sortit avec sa mère neuf à dix jours après : tous deux jouissaient de la meilleure santé.

Quand je n'aurais touché cette femme qu'au moment de la rupture des membranes, je n'en aurais pas moins été certaine que la position était secondaire, parce que la face était diagonale et le front en avant : cette disposition indique que la tête a dû se présenter d'abord au détroit supérieur dans une des deux premières positions du vertex, et quand le front est à droite, c'est la deuxième qui a dû exister. La tête a eu ici à exécuter une rotation plus considérable que dans les positions primitives; le front, tourné en avant, avait plus d'espace à parcourir pour arriver dans la courbure du sacrum : cependant il n'a montré aucune tendance à se diriger derrière les pubis, dont il était bien moins éloigné : nous en avons amplement détaillé les raisons dans le troisième Mémoire.

N° VIII.

e Position primitive. — *Mécanisme incomplet.*

Une jeune femme grosse de son premier en-
nt et arrivée au neuvième mois, accoucha à la
laternité le 24 septembre 1819.

On avait bien reconnu la face au détroit supé-
eur; on avait même reconnu la quatrième posi-
on; mais, comme les douleurs étaient fortes, j'a-
ndonnai à la nature l'expulsion du fœtus. La face,
effet, descendit jusqu'à la vulve, toujours trans-
rsale; elle y resta près d'une heure après la rup-
re des membranes, et s'y tuméfia considérable-
ent : cependant des mouvemens continuels de la
ngue et des lèvres nous annonçaient que le fœtus
nservait ses forces. Enfin elle sortit sans aucun
ouvement de rotation; le menton s'appuya sur
grande lèvre du côté gauche vers la branche ischio-
bienne de l'os coxal, pendant que le front et en-
ite le vertex se dégageaient vers le ligament sa-
o-sciatique droit.

L'enfant était d'un volume médiocre; il a vécu,
la mère s'est bien portée.

Cette femme était très-bien conformée, l'enfant
ait aussi, et rien n'a pu m'expliquer cette irré-
larité du mécanisme. On se rappelle que de sem-
bles irrégularités se rencontrent aussi dans les

positions du vertex : aussi le présent fait n'apporte aucune contradiction à ce que nous avons dit de général sur le mécanisme.

Cette terminaison insolite a été en tout analogue à celle des positions du vertex, où la tête est sortie sans rotation. Dans celles-ci, l'occiput se renverse sur une des grandes lèvres; dans celles-là, c'est le menton qui se renverse de la même manière; dans toutes deux, le renversement amène le dégagement de tout le crâne vers la grande lèvre du côté opposé. Dans les positions du vertex, les divers points du crâne passent sur la grande lèvre depuis la fontanelle postérieure jusqu'au front et à la face; dans celles de la face, les mêmes points passent depuis le front jusqu'à la fontanelle postérieure et à l'occiput. Ce sont donc, dans les deux cas, absolument les mêmes diamètres qui se présentent à ceux de la vulve et du détroit inférieur : remarquez seulement que quand la face sort ainsi, il faut que le col s'allonge plus qu'à l'ordinaire, parce que la paroi latérale du bassin, à laquelle répond sa partie antérieure, est plus étendue que la paroi antérieure : en conséquence l'enfant doit alors souffrir davantage.

Remarquez encore dans cette observation, comme dans les précédentes, que nous avons eu presque toujours affaire à des premières grossesses. Je les ai choisies telles à dessein de faire voir que les accouchemens par la face ne redoutent pas plus les obstacles que ceux qui se font par le vertex.

N° IX.

POSITION INCLINÉE. — *Accouchement spontané.*

Le 27 prairial an 10, M. L. Blot.... accoucha
ontanément d'un garçon vivant et vigoureux, du
oids de six livres : la face était tuméfiée, et sur-
ut *la joue* et *la tempe gauches*. La face s'était en
ffet présentée au détroit supérieur dès les premiers
mps du travail, et de telle façon que la joue droite
mblait retenue sur l'angle sacro-vertébral, tandis
ue la gauche s'enfonçait dans le bassin. C'est dire
sez que le front répondait à droite et le menton
gauche. Les membranes, qui s'étaient rompues
s les premières douleurs, permirent de s'assurer
ce fait. Ce fut la tête seule qui soutint et opéra
dilatation de l'orifice. Le travail marcha comme
coutume, c'est-à-dire que la face s'enfonça trans-
rsalement dirigée dans le bassin, et qu'ensuite le
enton vint se jeter dans l'arcade pubienne. Le tra-
il en tout ne dura que neuf heures, quoique ce
t un premier accouchement et que la femme ne
rût pas très-robuste. La face sembla se redresser
descendant, et les deux joues se présentèrent au
ème niveau relativement à l'axe du détroit infé-
ur, dès que le menton fut sous la symphyse pu-
nne.

La cause de l'inclinaison première de la face m'a
ru assez difficile à déterminer; l'obliquité utérine

était presque nulle, et le bassin était très-bien conformé. Au reste, cette inclinaison ne serait, à mon avis, dangereuse, et ne rendrait l'accouchement difficile qu'autant qu'elle serait fort considérable et qu'elle *rapprocherait* le côté de la tête du plan du détroit supérieur, et par conséquent les diamètres *occipito-faciaux* du diamètre sacro-pubien de ce même détroit, à-peu-près comme on le suppose dans la troisième et la quatrième position (B.) des côtés de la tête : or, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, que l'inclinaison aille jusque là : il faudrait, pour qu'elle en approchât, un bassin bien difforme, un angle sacro-vertébral bien proéminent, et alors son étroitesse même présenterait des indications plus positives que la mauvaise position de la tête.

Mais quand il n'y a qu'une inclinaison légère, elle n'opposera pas de bien grandes difficultés. Si l'obstacle opposé par l'angle sacro-vertébral est une fois franchi, soit qu'on ait favorisé cet effet en détruisant une obliquité utérine, soit que les efforts de la nature y aient suffi, la face ne tarde pas à se redresser en descendant dans l'excavation; elle se redresse en changeant de direction par le même mécanisme qui la change dans le travail ordinaire pour la mettre successivement en rapport avec le plan si différemment incliné des deux détroits. Qu'on se rappelle, à ce sujet, ce que j'ai dit dans plusieurs endroits de l'obliquité du plan du détroit supérieur par rapport à celui de l'inférieur, etc., etc.

N° X.

POSITION FRONTALE (intermédiaire à la 4e du vertex et à la 3e de la face). — *Accouchement spontané sans changement.*

Une femme bien conformée, et qui avait déjà eu un enfant, entra à l'hospice il y a une quinzaine d'années (c'était du vivant de Baudelocque). Les membranes étaient rompues; les douleurs, qui avaient commencé à paraître vers le milieu du jour, avaient disparu dans l'après-midi. Vers le soir, je trouvai l'orifice dilaté et la tête au détroit supérieur. Il fallut introduire ma main dans le vagin pour m'assurer de sa position. Je sentis alors que le front occupait le centre, que le bas de la face appuyait sur la partie droite et un peu antérieure du détroit supérieur, et la fontanelle postérieure sur sa partie gauche et postérieure. Les fontanelles étaient si larges et les sutures si lâches, que j'eus un moment l'idée d'une hydrocéphale. Je ne sais pourquoi, d'ailleurs, je ne pouvais atteindre les oreilles. Incertaine sur le parti qu'il fallait prendre, j'attendis. Dans la nuit, les douleurs se réveillèrent et la tête descendit dans l'excavation, le front toujours au centre. Enfin, vers le matin, elle sortit brusquement de la vulve, de sorte qu'on ne put guère que soupçonner la manière dont eut lieu son expulsion. La plupart des élèves présentes assurèrent cependant que la

face était sortie en avant presque en même temps (sinon tout-à-fait) que l'occiput.

L'enfant était mort et putréfié, la tête mollasse, les os vacillans ; le crâne contenait un peu de sérosité rouge, comme cela se voit dans tous les fœtus putréfiés ; l'épiderme s'enlevait de toutes parts au moindre frottement.

Cette mollesse explique assez la possibilité d'une telle terminaison ; car la tête avait présenté dans tout le temps du travail son diamètre occipito-mentonnier à ceux du bassin : on n'en tirera donc aucune induction favorable à l'opinion des auteurs qui croient la présentation du front plus heureuse que celle de la face. Ici, il n'y a eu aucun mécanisme régulier : la tête, au lieu de se renverser, de rouler horizontalement, etc., pour accommoder ses diamètres à ceux du bassin ; la tête, dis-je, s'est déformée, s'est aplatie, et de cette manière seulement s'est accommodée aux diamètres des deux détroits et de l'excavation : on conçoit donc facilement pourquoi elle n'a, dans aucun temps du travail, changé de direction. Si la tête du fœtus était toujours molle, flexible, accommodable à la forme des passages qu'elle doit traverser, si elle pouvait s'allonger, s'aplatir, se courber, elle n'aurait pas besoin de suivre une marche si compliquée et d'exécuter des mouvemens si variés ; le mécanisme de sa sortie serait tout entier compris dans un seul mouvement, celui de simple progression.

N° XI.

Position bregmatique (intermédiaire à une 3e de la face et une transversale du vertex).— *Accouchement spontané sans changement.*

Le 20 prairial an 11, les élèves de service à la salle d'accouchement vinrent m'avertir qu'une femme nommée Catherine K......, qui était depuis huit à dix heures en travail, en restait toujours au même point, et que la tête, enfoncée dans l'excavation, ne faisait plus aucun progrès. Elles croyaient avoir reconnu la deuxième position du côté droit de la tête. Voici l'état dans lequel je trouvai les choses : la fontanelle antérieure occupait le centre de l'excavation ; la suture sagittale en partait pour se diriger vers le bord gauche du détroit supérieur ; là devait se trouver la fontanelle postérieure ; le front était à droite : c'était donc une position transversale (5e) du vertex inclinée vers le dos. C'est souvent par là que commencent les positions de la face ; c'est le premier degré des positions secondaires. Ce qui avait trompé les élèves, c'est que le pariétal droit répondait à l'arcade pubienne, et que l'oreille était derrière la symphyse. Cela n'a rien d'étonnant, puisque la tête était descendue dans l'excavation.

C. K...... avait déjà eu des enfans, et elle ne se croyait grosse que de huit mois et demi. Les douleurs étaient bonnes, quoique les membranes fussent depuis long-temps rompues : j'espérai que la nature

suffirait seule à l'expulsion du fœtus. Je fis mettre la femme en travers sur le bord du lit, et en comprimant le bord du périnée, j'accrus et j'activai les douleurs. Le front se tourna bientôt en arrière et fit saillir le périnée. L'occiput ne s'était pas d'abord complètement enfoncé dans l'arcade; dès qu'il s'y fut avancé, le front se trouva dégagé du périnée, et l'enfant naquit. Des cris redoublés attestèrent sur-le-champ sa vigueur : il pesait cinq livres. Une tumeur sanguine considérable couvrait la tempe droite et la partie voisine du pariétal jusque vers la fontanelle antérieure. On en conçoit la cause sans que j'y insiste davantage.

La tête, ainsi placée, présentait à l'excavation et au détroit inférieur son diamètre occipito-frontal, tandis qu'elle ne doit y offrir qu'un diamètre voisin du sphéno-bregmatique; mais la femme avait eu des enfans et le bassin était large; par conséquent les passages étaient assez libres, et ils ont pu donner issue, quoiqu'avec un peu plus de difficulté, à la tête mal dirigée.

N° XII.

3e Position (1re). — *Forceps après rotation incomplète pour inertie utérine.*

Le 20 décembre 1820, une femme âgée d'environ vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, arriva à la salle d'accouchement. Dans l'in-

tervalle des douleurs, on sentait très-bien la face au détroit supérieur et dans la troisième position, (position primitive). La dilatation se fit, la tête descendit et les membranes se rompirent. Leur rupture favorisa l'avancement de la tête, qui descendit jusqu'au détroit inférieur toujours transversale. Le travail durait alors depuis sept heures. La tête resta là pendant une heure environ sans aucun changement; les douleurs étaient presque nulles; enfin elles se réveillèrent, et pendant un espace de temps tout semblable, elles ne firent que tuméfier la face, et lui imprimer une rotation qui ramena le menton vers la branche droite de l'arcade des pubis. Les parties extérieures, fort étroites, ne se dilataient point. La femme fut mise en travers sur le bord du lit, et y resta une demi-heure : point de changement; les douleurs avaient cessé. Pour prévenir les inconvéniens d'un retard trop considérable, je décidai l'application du forceps.

Elle n'était pas bien difficile à exécuter; les branches furent enfoncées presque sur les côtés du bassin, la droite pourtant un peu plus en avant : elles furent tenues dirigées selon l'axe moyen de l'excavation du bassin, c'est-à-dire; les crochets un peu au-dessus de l'intervalle des cuisses de la mère. En tirant dans ce sens, on sentit le forceps devenir tout-à-fait transversal, et le menton fut vu distinctement entrant dans l'arcade pubienne et séparant les nymphes l'une de l'autre. Les tractions

furent continuées et combinées avec une élévation lente des crochets. Ces mouvemens dégagèrent la face, mais très-lentement, car le périnée avait besoin de ménagement. Ce dégagement ne fut complet qu'après dix minutes : aussi le périnée fut-il intact. L'enfant, très-déformé, était vivant et vigoureux ; il pesait six livres : c'était un garçon.

Cet enfant est cependant resté dans l'attitude que nécessitent les positions franches de la face pendant dix heures (1), et il est resté trois heures exposé dans cette attitude à l'influence d'un utérus vide d'eau. Cinq ou six jours après, il a été vacciné et gardé à l'hospice jusqu'à parfait développement de l'éruption. Il est sorti bien portant le seizième jour ; sa mère s'est aussi très-bien portée pendant quelques jours, puis elle a été prise de la péritonite : elle a guéri.

L'application du forceps n'a pas été très-difficile, parce que la tête était basse, et surtout parce qu'elle avait déjà commencé son mouvement de rotation. J'ai parlé de l'axe de l'excavation du bassin : à proprement parler, cette excavation n'a point d'axe réel, puisqu'elle représente un cylindre courbé, ou bien son axe devrait être pareillement courbe. Par l'axe moyen de l'excavation, j'entends un axe intermédiaire pour la direction entre celui du détroit supérieur et celui du détroit inférieur : ce se-

(1) Il y est sans doute resté bien davantage, car il devait être ainsi placé bien avant que nous pussions nous en apercevoir.

rait l'axe d'un plan horizontal qui passerait par le milieu de l'excavation et la diviserait en deux parties égales, l'une supérieure, l'autre inférieure.

N° XIII.

3e Position. — *Bassin resserré; perce-crâne et crochets.*

L. M...., âgée de vingt-six ans, rachitique, mal portante, enceinte pour la première fois et à terme, ressentit chez elle les premières douleurs le 22 septembre 1811 à 11 heures du soir. *Les membranes ne s'ouvrirent* que le 24 à dix heures du matin; les contractions, faibles jusque là, devinrent plus fortes et durèrent jusqu'au 27 matin. Alors elles cessèrent tout-à-fait, et on apporta la malade à l'hospice à cinq heures du soir. La tête était alors dans l'excavation libre de l'orifice utérin, et présentait la face transversalement au détroit inférieur; le front était à gauche et le menton à droite.

Il y avait cinq jours que durait le travail, et trois jours que l'enfant était soumis à la pression immédiate de la matrice : il était donc indubitablement mort; la mère n'en sentait plus aucun mouvement depuis plus de trente-six heures. J'essayai l'application du forceps; mais l'instrument était trop gêné par la difformité du bassin pour pouvoir le placer convenablement. En conséquence,

je n'hésitai point à recourir au moyen le plus efficace. La face ne se présentait pas si pleinement que le front ne fût un peu plus avancé que le reste : aussi fut-il facile d'atteindre la fontanelle antérieure vers l'échancrure sciatique gauche : j'y introduisis le perce-crâne, et aussitôt je lui substituai le crochet mousse du forceps. Je le fis agir de manière à tourner le front en arrière pendant que de la main qui restait libre je poussais le menton vers l'arcade : quand il y fut enfoncé, il suffit de tirer en avant de la vulve en relevant le crochet mousse pour faire sortir la tête par son mouvement de flexion ordinaire. L'enfant commençait à se putréfier ; il pesait cinq livres : c'était un garçon. La mère se porta bien pendant trois jours ; mais alors elle fut prise d'une fièvre adynamique dont elle mourut le 7 octobre.

Cette position n'était certainement pas primitive, puisqu'elle n'était même pas tout-à-fait franche. En agissant sur la fontanelle antérieure, j'aurais évidemment fait avancer des diamètres défavorables, si la tête n'eût été aussi basse ; mais au degré où en était le travail, il ne restait plus, après la rotation, que la flexion à produire, et c'est à quoi tendaient les efforts du crochet enfoncé dans la fontanelle. J'ai oublié de dire que l'application du crochet avait été précédée de la sortie d'une bonne partie de l'encéphale; il en sortit encore pendant l'extraction.

C'est évidemment à la difformité du bassin

(trois pouces un quart) qu'a été due la lenteur du travail. La diminution de volume qu'a entraînée la perforation du crâne a rendu les diamètres de la tête plus analogues à ceux du bassin, et a permis de l'extraire sans grand travail.

N° XIV.

4e Position.— *Forceps.*

J. Leg....... était âgée de vingt-un ans, lymphatique, maigre, et parvenue au neuvième mois de sa première grossesse. Du deuxième au cinquième mois elle avait eu une péripneumonie, actuellement très-bien guérie. Elle se mit entre mes mains le 1er août 1806.

Le travail était à peine commencé, et on ne pouvait sentir quelle partie présentait l'enfant. Les douleurs étaient fortes et rapprochées, et cependant le 3 août la dilatation de l'orifice n'était que de quatre à cinq lignes. La tête était basse, mais la position impossible à déterminer à cause de la tension des membranes. La femme fut mise au bain ; les contractions devinrent plus fortes et l'orifice se dilata : dans la journée, on put reconnaître la face dans la quatrième position.

Le bassin était bien conformé et l'utérus très-contractile : j'espérais d'abord que la nature se suffirait à elle-même. A deux heures du soir, les membranes s'ouvrirent et lancèrent au dehors des eaux verdâtres. Depuis quelques heures la femme

ne sentait plus remuer son enfant ; les douleurs s'affaiblissaient, les organes génitaux externes se gonflaient, la face du fœtus était descendue dans l'excavation, et on pouvait la voir en écartant les lèvres de la vulve ; elle était noirâtre et fortement tuméfiée. Je ne voulus pas attendre davantage, et je désespérai même d'amener un enfant vivant. Déjà un peu d'obliquité de la face annonçait le commencement de la rotation horizontale ; le menton touchait la branche ischio-pubienne gauche ; le front appuyait sur le ligament sacro-sciatique droit, et le vertex couvrait l'échancrure sciatique de ce côté.

J'introduisis la cuiller gauche en avant et à droite, et la cuiller droite en arrière et à gauche. La tête fut saisie latéralement, et la longueur des cuillers mesura le diamètre occipito-mentonnier. Une légère torsion mit le menton sous le ligament triangulaire des pubis ; le forceps, alors relevé en avant et porté doucement de droite à gauche et de gauche à droite, fit passer sur la fourchette le front, la fontanelle, le vertex et l'occiput, pendant que le menton remontait sous le mont de Vénus. La face se tourna ensuite spontanément vers la cuisse gauche ; l'épaule droite sortit en arrière aidée par mes doigts ; la gauche sortit ensuite sous les pubis, et le reste fut, en un clin d'œil, au dehors.

L'enfant était mort, la face tuméfiée et livide, tous les membres dans un état de roideur remarquable ; il pesait six livres.

La couleur verdâtre de l'eau de l'amnios indiquait le mélange d'une certaine quantité de méconium, et par conséquent la faiblesse extrême ou la mort de l'enfant. Cependant nous avons vu quelquefois les eaux foncées en couleur et même très-fétides, sans que l'enfant fût plus mal portant que de coutume. Il est bon de savoir que, en général, l'*enfant vivant ou mort*, les matières qui s'écoulent de l'utérus prennent une fétidité souvent excessive quand il y a fort long-temps que les membranes sont rompues.

N° XV.

Position de la face. — *Rupture de l'utérus ; perce-crâne, forceps.*

Marie Mar....., âgée d'environ vingt-trois ans, ait eu déjà trois enfans. Elle était faible et lymphatique, enceinte de neuf mois.

Elle commença à souffrir le 22 juin 1812; les membranes se rompirent le 26 matin.

Le 29, on essaya d'aller chercher les pieds, puis appliquer le forceps : après des efforts répétés inutilement, on nous apporta la malade.

Le toucher m'apprit que la face se trouvait un u engagée dans le détroit supérieur, et que *le gin était séparé en arrière du col de l'utérus* par e large déchirure qui donnait passage à deux pors d'intestin grêle. Je tentai d'aller chercher les

pieds, et ma main fut à peine entrée dans l'utérus qu'elle me fit sentir une nouvelle lésion, c'est-à-dire, une ample rupture à gauche et en arrière. La première était due, sans doute, au forceps; il est probable que la deuxième avait été produite par la main, lorsqu'on avait essayé la version du fœtus.

Je n'allai pas plus en avant; je fis prévenir M. Dubois de l'état des choses, et, d'après sa décision, j'opérai de la manière suivante. Je ne pouvais douter de la mort de l'enfant; je perforai donc le crâne vers la fontanelle antérieure, et après avoir fait sortir une partie du cerveau, j'appliquai le forceps en dirigeant, autant que possible, ses cuillers vers les côtés de la tête. Je parvins sans peine à l'extraire. Cet enfant pesait sept livres; la putréfaction commençait à s'en emparer. Le placenta sortit immédiatement après.

On pense bien que je n'avais point l'espoir de sauver une femme ainsi mutilée; mon seul but était de diminuer ses douleurs, et de ne l'abandonner qu'aux derniers confins des ressources de l'art.

L'abdomen resta développé et douloureux; survinrent bientôt des hoquets, des vomissemens bilieux et un affaiblissement extrême. Le lendemain Mar..... avait cessé d'exister.

Ici les réflexions viennent en foule; mais elles sont plutôt de nature à exciter l'indignation qu'à éclairer la pratique, et je les abandonne aux lec-

teurs. Observons seulement que les lésions produites par des instrumens conduits par des mains ignorantes se remarquent presque toujours en arrière. Cela tient à la direction de l'axe du détroit inférieur dans laquelle ces instrumens sont toujours poussés alors; ils vont heurter le haut du vagin, et le déchirent avec d'autant plus de facilité que c'en est la partie la plus faible, la plus dépourvue de tissu cellulaire; car le péritoine seul recouvre, comme on sait, la moitié supérieure de la paroi postérieure du vagin.

Quand de pareilles violences ont été exercées sur la mère, on ne peut douter que l'enfant n'en ait souffert presqu'autant qu'elle : c'est ce qui m'a fait dire que sa mort était ici indubitable : d'ailleurs, il était depuis long-temps soumis à la contraction de l'utérus entièrement vide. Le cordon avait dû être tiraillé dans les efforts qu'on avait faits pour aller chercher les pieds, et il est même probable qu'on avait ainsi décollé le placenta, puisqu'il suivit immédiatement l'enfant.

N° XVI.

Position frontale (intermédiaire à la 1re du vertex et la 3e de la face). — *Forceps.*

Chez la nommée Marguerite Fess..., on avait reconnu, dès les premiers momens du travail (14 frimaire an 12), une position intermédiaire et défavorable.

Les premières contractions avaient rompu les membranes et permis de sentir la tête au détroit supérieur; elle était tournée de telle façon que *la face* regardait la symphyse sacro-iliaque droite, et elle commencait à se renverser vers le dos, de sorte que la fontanelle antérieure occupait le centre du détroit. Elle s'enfonça dans l'excavation sans s'y engager tout-à-fait, et ne fit que se renverser davantage, en sorte que le front se trouva presque directement au centre.

Les choses en étaient là, et le travail durait depuis vingt-quatre heures, lorsque je crus indispensable l'application du forceps. Ses branches furent placées assez aisément sur les côtés de la tête; les premières tractions furent dirigées vers l'anus, et firent, *non sans peine*, descendre la tête *sans changement dans sa disposition.*

Quand elle fut assez basse pour faire saillir le périnée, les branches du forceps achevèrent une rotation lente et graduelle qui s'était combinée dès le principe avec les tractions en bas, et se trouvèrent en conséquence tout-à-fait latérales par rapport au bassin; en même temps, l'occiput entra dans l'arcade, et la tête se trouva dans la même situation que celles qui descendent et roulent le plus régulièrement possible: aussi je pus sans crainte extraire le forceps, et laisser la nature achever mon opération.

Périnée intact; suites heureuses.

L'enfant ne pesait que cinq livres; il vécut.

Le forceps avait laissé son empreinte derrière et sous les oreilles.

Cet accouchement, dans lequel la tête a presque constamment présenté son grand diamètre à ceux du bassin, n'a pu se terminer qu'à la faveur de la largeur de cette cavité et de la petitesse de l'enfant : encore a-t-il été très-pénible. Le forceps a été appliqué assez aisément, parce que la tête était basse ; il a agi comme pour une position du vertex, et non comme pour une position de la face. Pour le faire agir comme dans ce dernier cas, il aurait fallu, contradictoirement aux principes généraux, tourner sa concavité en arrière, et faire exécuter une rotation très-considérable à la tête : il aurait été impossible d'y parvenir, et nous avons agi absolument comme dans la première position du sommet. Remarquez qu'il a fallu tirer bien plus bas la tête pour que l'occiput se trouvât au niveau de l'arcade ; mais que l'occiput, une fois là, la tête avait fait un pas de plus que dans les cas ordinaires, puisqu'elle était déjà dans l'extension.

N° XVII.

POSITION FRONTALE (intermédiaire à la 5e du vertex et la 3e de la face). — *Forceps*.

A. F. Col....', enceinte pour la deuxième fois et à terme, était en travail depuis trois heures ; on avait, dès les premiers momens, senti le vertex dans

la cinquième position. Peu à peu on s'aperçut que la fontanelle antérieure se rapprochait du centre du détroit supérieur ; le front finit même par s'y présenter, et la fontanelle postérieure par s'élever et devenir inaccessible. Ce fut sans fruit qu'on remédia à *une obliquité latérale gauche considérable*. On redressa l'utérus ; mais la tête n'en continua pas moins à se renverser, et bientôt les douleurs cessèrent. Malgré la rupture des membranes, la tête restait engagée dans l'excavation, ou, pour parler plus exactement, y faisait saillie, et le front en était toujours la partie la plus basse.

Je plaçai les branches du forceps assez exactement sur les côtés de la tête, et je tirai directement en bas. Mes efforts étaient insuffisans; j'en fis employer de plus énergiques, et je suivis du doigt la marche de la tête : je la sentis descendre, et tourner tout-à-fait l'occiput vers le sacrum; la fontanelle postérieure descendit le long de la concavité de cet os, tandis que le front se rapprochait de plus en plus des pubis ; bientôt il se trouva derrière la symphyse, et en relevant les crochets du forceps, on fit avancer davantage encore l'occiput. Non-seulement la tête était redressée, mais elle continua à se fléchir jusqu'à ce que l'occiput se fût débarrassé du périnée. Malheureusement il ne s'en dégagea qu'en le fendant assez profondément, non pas pourtant jusqu'à l'anus. Après l'occiput, le front sortit seul de dessous les pubis, car j'avais ôté

le forceps. Rien après cela d'extraordinaire. L'enfant était petit (fille de quatre livres et demie); il a vécu. Sa mère est morte le 26 de fièvre puerpérale.

J'ai vu une fois aussi le vertex, dans la quatrième position, se renverser ainsi. Ce renversement est incomparablement plus ordinaire dans les positions où l'occiput est en avant. Réfléchissez, je vous prie, à l'obliquité de l'utérus, à l'inefficacité de sa réduction, etc., etc.; et faites-en l'application à ce qu'on dit ordinairement des causes qui amènent le front et la face au centre du bassin, et aux moyens de réduction qu'on propose généralement.

Remarquez aussi que dans le cas présent, le forceps a, comme dans le précédent, agi absolument comme pour une position du vertex; mais remarquez qu'il aurait produit une rotation toute semblable quand même la face aurait été horizontale. Dans l'observation qui précède, nous avons vu que l'extension de la tête avait été, à une certaine époque, un pas de fait vers l'expulsion, et avait diminué d'autant l'étendue du dernier mouvement du forceps: ici, au contraire, cette extension préliminaire nous a forcées de donner à ce mouvement une étendue plus considérable que de coutume, puisqu'il nous a fallu amener l'occiput, de beaucoup plus loin, au-devant du périnée. Ici nous cherchions à produire la flexion, et là l'extension de la tête.

N° XVIII.

Position frontale (4e du vertex dégénérée).— *Perce-crâne, crochet, forceps.*

Victoire D........., déjà une fois accouchée, nous fut apportée, après huit heures de travail, le 23 brumaire an 14. Depuis dix heures les eaux étaient écoulées, et depuis quelques jours elle n'avait pas une fois senti les mouvemens du fœtus. Le toucher nous indiqua une dilatation complète, et nous fit sentir la tête engagée et fortement serrée au détroit supérieur, non pas pourtant enclavée, car on pouvait avec quelqu'effort la soulever et la pousser un peu hors du détroit. Le front était au centre, la face en avant et à gauche, de sorte que le diamètre occipito-mentonnier mesurait un diamètre oblique du détroit. Je pensai que la tête s'était d'abord présentée dans la quatrième position du vertex, et qu'elle s'était renversée peu à peu vers le dos. Une obliquité latérale droite de l'utérus pouvait passer, peut-être, pour cause de ce renversement, car elle était assez considérable.

En touchant la tête du fœtus, j'amenai au bout du doigt une portion de membrane et quelques cheveux : j'en conclus, comme Delamotte avait fait en cas pareil, que le fœtus commençait à se putréfier. Je n'hésitai plus dès-lors à porter sur lui les instrumens. Je songeai d'abord à diminuer les diamètres de la tête en perforant le crâne : il fut ou-

vert à la fontanelle antérieure et vidé de son contenu. J'engageai alors le crochet mousse du forceps dans l'ouverture, et la tête descendit dans l'excavation ; mais bientôt les os cédèrent et il s'échappa. J'appliquai donc le forceps, et je l'appliquai vers les côtés du bassin ; il fallut en serrer fortement les crochets au moyen d'un cordon : avec cette précaution, la tête, quoique saisie diagonalement, sortit sans difficultés.

L'enfant, après l'extraction, pesait cinq livres et un quart. La mère a eu une fièvre bilieuse bénigne et facilement curable.

Le bassin paraissait un peu étroit : cependant la tête avança sans grande difficulté, quoique présentant des diamètres défavorables : la raison en est toute simple : le crâne était presque vide : c'est pour cela que j'ai conseillé de s'astreindre peu strictement aux règles dans l'application des crochets. Quand le crâne est vide, il n'y a plus de diamètres défavorables ; et sa plus grande étendue, toute déduction faite, c'est celle qu'on peut mesurer d'une oreille à l'autre : c'est, en effet, là la largeur de la base du crâne, qui seule présente assez de solidité pour résister aux pressions latérales : or, comme l'a remarqué Baudelocque, cette largeur est bien moindre que le diamètre bi-pariétal.

N° XIX.

Position frontale (réduite artificiellement à la 3e de la face, 1re espèce secondaire, variété diagonale).

Carp...., femme forte, brune et bien conformée, était âgée de trente-un ans; accouchée en 1811 d'un enfant qu'on a, dit-elle, tiré par morceaux, elle a depuis mis au monde deux jumeaux qui sont nés vivans sans grande peine. Cette fois (2 mai 1819), elle est à terme et malade depuis quinze jours. Les symptômes principaux sont la douleur et la sensibilité de l'abdomen.

Le 2 mai, les douleurs se déclarent, *les membranes s'ouvrent*, les eaux s'écoulent; le toucher fait reconnaître le col utérin non entièrement développé, mais mou, et au-dessus du détroit supérieur la tête, dont *le milieu* offre une large fontanelle : c'est bien l'antérieure. Le lendemain (3 mai), vers onze heures, la dilatation est entière, la tête est fort haute, et la tuméfaction empêche d'en distinguer la position.

Vers une heure, elle a un peu descendu. Une personne instruite touche la femme, et sent le front et les orbites en arrière et un peu à gauche; la fontanelle antérieure est bien au centre du bassin, et un vide manifeste est facile à sentir entre le haut du front et la paroi de cette cavité; les arcades orbitaires appuient sur le détroit : la position est donc

une deuxième du vertex altérée, inclinée sur le dos. L'orifice utérin bride autour de ces parties, et toute la portion du crâne qui répond à son ouverture est tuméfiée. Les douleurs sont rares, la femme oppressée et rouge, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent, mais mou et peu développé.

A deux heures, la tête est plus basse encore; elle occupe le haut de l'ouverture; je sens et fais sentir aux assistans le haut de la face tourné en arrière et à droite. La position est donc le résultat d'une première du vertex déviée, et il est évident que l'on s'est trompé de côté dans le premier diagnostic. Au moment où je faisais mettre la femme en travers sur le bord du lit, l'orifice recule au-dessus de la tête. J'essaie en vain plusieurs fois de faire descendre l'occiput, soit en repoussant le front, soit en attirant le vertex. Enfin, je me décide à favoriser la tendance naturelle de la tête : je porte la main gauche en arrière et à droite; j'accroche le menton et je le fais descendre de manière à rendre la face horizontale : elle conserva néanmoins un peu de sa direction diagonale, de sorte que le front était un peu en avant et à gauche. Je voulais appliquer le forceps; mais il eût fallu incliner la concavité de ses bords vers la partie postérieure du bassin, chose impossible, surtout à pareille hauteur, et j'y renonçai d'autant plus aisément que je vis les contractions se réveiller. Sous leur influence, la tête descendit tout-à-fait, et en descendant, le front se porta vers l'ischium, de sorte que la face devint trans-

versale (3e position franche). Bientôt elle s'approcha du détroit inférieur, et tourna de nouveau sur son axe, de telle sorte que le menton vint se placer dans l'arcade pubienne. Tout se termina par le mécanisme ordinaire.

L'enfant était gros (sept livres trois quarts) et du sexe féminin. Son état apoplectique fut dissipé par la saignée ombilicale, l'insufflation, les frictions, le bain chaud et les sangsues aux tempes.

La femme a été de mieux en mieux. L'utérus est resté gros et douloureux pendant quelques jours; puis tout s'est évanoui, et elle est partie bien portante.

L'erreur qui a eu lieu dans le diagnostic ne doit point étonner; il arrive souvent qu'on en commet de semblables, même avec la plus grande habitude; c'est plutôt une faute d'attention qu'un défaut de connaissance, et cela provient seulement de ce qu'on ne se rend compte de ce qu'on a senti qu'après avoir retiré le doigt, et non pendant les recherches mêmes. C'est à quoi il faut bien prendre garde dans les cas où l'erreur pourrait avoir quelqu'importance relativement au procédé opératoire.

Cette observation est précieuse sous plus d'un rapport : on y voit la difficulté du *redressement* par l'un ou l'autre procédé; la facilité du *renversement* complet, et enfin, l'impossibilité de la rotation du menton en arrière; car ici, le menton, rapproché de la symphyse sacro-iliaque droite, avait moins de

chemin à parcourir pour se porter vers le sacrum, et cependant il a gagné l'arcade pubienne. Enfin, on trouve encore ici une preuve de la difficulté de l'application du forceps pour les positions de la face lorsque celle-ci n'est point entièrement descendue dans l'excavation, et principalement lorsqu'elle est encore diagonale; car on doit se rappeler que nous avons donné pour précepte indispensable de tourner toujours la concavité des bords vers le menton, et de ne la tourner jamais vers la partie postérieure du bassin.

Ordinairement, en descendant dans l'excavation, la face diagonale (le front en avant) au détroit supérieur devient transversale. Elle est devenue telle ici au bas de l'excavation. Si elle ne l'était pas immédiatement après l'opération, c'est parce que le renversement avait été un peu brusque; c'est surtout parce que la tête n'était pas très-basse, quoiqu'elle eût franchi l'orifice, et que le devant du col pouvait mesurer *la portion* de la paroi postérieure à laquelle il répondait.

N° XX.

POSITION FRONTALE (réduite artificiellement à la 4ᵉ de la face).

Jeanne P......., grosse Picarde, âgée de vingt-six ans, très-criarde et très-pusillanime, était enceinte de son premier enfant, et parvenue au terme naturel le 22 janvier 1820.

Ce jour-là les premières douleurs se firent sentir; l'orifice resta long-temps dur et épais, et les douleurs faibles. Le 25, à sept heures et demie du matin, la dilatation se trouva enfin achevée et *les membranes s'ouvrirent.* Je sentis alors la tête dans la direction suivante : la fontanelle antérieure était au milieu du bassin, la postérieure en arrière et à droite, et la racine du nez en avant et à gauche; le doigt parcourait sans peine tout le front jusqu'aux arcades sourcilières. C'était, comme on voit, une quatrième position du sommet imparfaite. Une seule élève se trouvait près de la femme, et ne pouvant la mettre dans une position convenable, ce fut en vain que je tentai de profiter du moment où l'utérus n'était pas encore serré sur l'enfant. En vain je voulus amener l'occiput, en vain j'essayai d'aller chercher les pieds. Bientôt les élèves de service arrivèrent toutes; mais déjà la tête avait franchi l'orifice utérin : je ne pouvais donc plus aller chercher les pieds. Après avoir mis la femme en travers sur le bord de son lit, je portai la main gauche sur l'occiput; mais il me fut impossible de le faire descendre et de redresser la tête : j'y travaillai pendant la douleur, puis pendant le calme, et toujours inutilement. Je tournai alors mes vues d'un autre côté; je glissai la main droite le long de la face, et j'appuyai mes doigts recourbés sur le menton : la face descendit un peu, mais elle remontait dans l'intervalle des douleurs, sans doute à cause de l'élasticité des parties génitales. Les mêmes efforts, répétés plusieurs

fois, parvinrent à amener la face dans un plan tout-à-fait horizontal et dans une situation telle que le front répondait à droite et en arrière, et le menton à gauche et en avant; on la voyait entre les lèvres de la vulve.

Les douleurs étaient fortes et fréquentes, mais courtes; chacune produisait un petit mouvement qui poussait horizontalement le menton vers les pubis; bientôt il occupa l'arcade, et le front distendit le périnée et l'anus. La bouche se trouvait entre les nymphes, qui n'étaient ni *déployées, ni tendues, ni déformées;* la langue s'avançait de temps en temps, et annonçait que l'enfant vivait, quoique depuis plusieurs heures ses mouvemens n'eussent pas été sentis par la mère.

Cependant la tête restait là. P......., épuisée et craintive, se refusait aux efforts qu'on exigeait d'elle; parfois même son découragement était tel qu'il fallut lui permettre de toucher de la main la face de son enfant pour la convaincre qu'il était au passage. Un peu rassurée, alors elle poussa plus vigoureusement, et au moment où je me faisais apporter le forceps (9 heures), le front se dégagea au-devant du périnée, et le reste du crâne suivit la même route, pendant que le menton s'élevait un peu au-devant du ligament triangulaire des pubis. Une seule secousse fit sortir le reste de l'enfant. Le périnée, bien soutenu, resta intact, et les nymphes conservèrent leur première forme, quoique la vulve eût d'abord paru fort étroite, et qu'elle n'eût dans le

principe formé sur la face qu'un anneau de la forme et des dimensions d'un petit œuf de poule.

Après l'accouchement, perte légère et bientôt supprimée ; convalescence prompte.

L'enfant a crié sur-le-champ, quoique les mouvemens de la langue et des lèvres eussent cessé depuis une demi-heure. Il était fort gros ; son cordon, tuméfié et comme variqueux, n'a été lié qu'après l'écoulement d'une ou deux onces de sang à-peu-près : c'est beaucoup.

On conçoit bien, je pense, les raisons qui m'engageaient à opérer au moment de la rupture des membranes : c'étaient la lenteur du travail et le caractère indécis ou défavorable de la position. Mais, dans la situation que nous donnons ordinairement aux femmes pour les accouchemens naturels, c'est-à-dire, la femme étant couchée sur le dos, je ne pouvais agir avec avantage ni d'une façon ni de l'autre : le lit gênait mon bras et m'empêchait de pénétrer dans la direction de l'axe du détroit supérieur.

Remarquez que cette position a dû produire une position diagonale de la face, même dans l'excavation, parce que le front se trouvait un peu en arrière, et que le devant du col a pu mesurer une des courtes parois (antérieure) de l'excavation du bassin. Cette direction diagonale était un pas de fait vers le complément de la rotation horizontale, qui s'est opérée d'autant plus promptement que la tête était déjà

assez basse au moment du renversement complet. Nous avons dit qu'elle avait déjà franchi l'orifice : elle occupait donc en partie l'excavation du bassin. Dans le fait précédent, si le renversement artificiel avait comme ici amené la face au détroit inférieur, elle n'aurait pu rester diagonale; elle serait devenue nécessairement transversale, parce que le devant du col n'aurait pu mesurer la totalité de la paroi de l'excavation à laquelle il répondait (postérieure): elle est beaucoup plus étendue que lui.

N° XX *bis*.

3e Position secondaire inclinée (espèce 1re, variété diagonale et malaire).— *Réduction artificielle à la troisième position franche.*

Une femme de vingt-cinq ans vient de nous présenter une observation assez remarquable pour qu'elle mérite de trouver place ici. Cette femme a déjà eu des enfans. Elle était à terme et en travail depuis deux à trois heures, lorsque *les membranes se rompirent* (5 mars 1821 au matin). L'orifice était alors fort en arrière et à droite, et l'utérus fortement oblique à gauche. On sentait au détroit supérieur le vertex avec ses sutures et une fontanelle; mais on pouvait sentir aussi, en arrière et à droite, le front et les orbites. La femme eut, jusqu'à son accouchement, de fortes douleurs; sous leur influence, la face devint tout-à-fait horizontale;

elle l'était à onze heures du matin; mais le front était autant en avant qu'à gauche : c'était une troisième position diagonale. Le nez, les yeux, la bouche, tout était bien reconnaissable. La face descendit dans la journée sans cesser d'être diagonale; elle s'avança dans l'excavation du bassin, s'y tuméfia, et vers quatre heures, cessa de faire des progrès. On s'aperçut alors aussi que la joue droite était bien plus descendue que la gauche : cette dernière était retenue par l'angle sacro-vertébral, qui m'a paru un peu trop rapproché des pubis. Le menton était aussi facile à atteindre, et *même on pouvait sentir le haut du col:* cependant, le menton n'était pas plus abaissé que le front. Voyant que la femme s'épuisait en vains efforts, que déjà même la fièvre était survenue, je résolus de la débarrasser au moyen du forceps.

Il fallait placer la branche droite sous le trou ovalaire droit, et par conséquent tourner la concavité de ses bords en arrière et à droite. On sent combien une pareille introduction doit être difficile : aussi j'y rencontrai de telles difficultés, que j'y renonçai sur-le-champ; je préférai redresser la face. Je glissai la main en arrière, j'appuyai les doigts sur la joue gauche, et je la fis descendre dans la courbure du sacrum : de cette manière, je fis parvenir la totalité de la tête dans l'excavation, et la joue gauche se trouva, avec la droite, dans les rapports nécessaires pour que le plan de la face fût parallèle au plan de la partie inférieure de l'excavation. Le front était toujours en avant; mais la face ne fut pas plutôt re-

dressée, qu'il commença à cheminer en arrière ; rois douleurs le conduisirent dans la concavité u sacrum, et amenèrent le menton dans l'arcade ubienne. Le reste, comme à l'ordinaire, se dégaea spontanément.

L'enfant pesait sept livres et trois quarts ; il avait ix-neuf pouces et demi du talon au vertex ; il était nort depuis long-temps sans doute : cependant il 'offrait aucune trace de putréfaction. Il a été évicemment victime de la rupture prématurée des membranes, de la lenteur de la dilatation de l'orice et de la mauvaise conformation du bassin ; toutes auses qu'il était impossible de combattre, et qui ontrariaient les indications. Le cerveau était gorgé e sang ; il y en avait même une couche à sa surce. Les vaisseaux des yeux et de toute la face aient remplis de sang. Les poumons, quoiqu'on it pratiqué l'insufflation, étaient compactes en bien es endroits. *Le rachis ni son contenu n'avaient ullement souffert.*

Combien ce fait n'est-il pas précieux, soit sous le apport du mécanisme des positions secondaires de face, soit sous le rapport du mécanisme général e ces positions, et surtout de la rotation constante ui doit amener le menton en avant !

J'ai vu peu de positions diagonales dans lesuelles le front fût si rapproché des pubis, et peu ar conséquent dans lesquelles la rotation ait été ussi considérable. Autre chose à considérer ici ;

c'est la cause de l'inclinaison, cest la réunion des variétés diagonale et malaire.

Tout cela entre encore en preuve pour la clarté et la simplicité de ma nomenclature; car, remarquez qu'elle ne laisse rien passer d'important; remarquez aussi qu'elle ne surcharge point la mémoire ou le discours; car la seule expression de première position altérée dit tout, et le reste n'y sera ajouté que comme épithète ou commentaire.

On remarquera encore les causes qui m'ont fait échouer dans l'application du forceps : elles sont trop visibles pour que je les répète.

Une autre chose dont j'aurais dû faire mention dans le cours de l'observation, c'est qu'on a dissipé l'obliquité latérale gauche par le décubitus sur le côté droit; on avait même produit ainsi une légère obliquité en sens opposé : or, on s'y était pris pour cela dès les premiers momens du renversement de la tête. Il est facile de voir où j'en veux venir : si l'obliquité eût été *la véritable et seule cause* du renversement, l'obliquité détruite, le renversement eût dû être, sinon arrêté, du moins singulièrement ralenti : eh bien! le contraire arriva, car l'*horizontalité* de la face acheva de se produire avec une rapidité étonnante fort peu de temps (demi-heure peut-être) après la réduction de l'obliquité utérine. Cette réduction eut un autre effet bien sensible : ce fut le retour de l'orifice au centre du bassin.

Quatrième réflexion : rappelez-vous qu'on sentait aisément le haut du col, et qu'un degré de

plus dans l'abaissement du menton aurait pu donner lieu à une des positions qu'on eût prises jadis pour des positions du devant du col.

Enfin, une dernière remarque doit être faite relativement aux lésions qu'a présentées le cadavre du fœtus. Ce sont toutes traces de congestion sanguine, et cela n'est pas surprenant, puisqu'il avait séjourné long-temps dans l'utérus après l'évacuation de l'eau; puisque la tête avait séjourné long-temps dans le haut de l'excavation, et que le col avait par conséquent été comprimé sur un des côtés du détroit supérieur. Le rachis n'était point lésé, les vertèbres, leurs ligamens, leurs cartilages, n'avaient qu'un peu de tendance à se ployer en arrière par suite de leur distension; mais point d'éraillemens, point de rupture. Le cordon rachidien était aussi parfaitement sain, et la courbure du canal ne le comprimait en aucune façon dans la plus forte extension de la tête. Ceci confirme ce que j'ai dit du pronostic des positions de la face; on y voit de quelle manière elles peuvent devenir funestes; on y trouve la preuve que l'attitude *en elle-même* n'est pas la cause des accidens.

N° XXI.

1re Position de la face, réduite à la première du vertex (B.).

M. Serg..., âgée de vingt-quatre ans, maigre et faible, avait été affectée de diarrhée pendant tout le

cours de sa troisième grossesse. Elle commença à sentir les douleurs puerpérales le 15 fructidor an 11, à minuit.

Les contractions étaient fortes et suivies ; la dilatation de l'orifice offrait dix-huit à vingt lignes.

On put sentir assez aisément la face au détroit supérieur (position primitive), le front à gauche et le menton à droite du bassin. *Les membranes se rompirent* pendant l'examen, et bientôt l'orifice fut largement dilaté. L'expérience ne m'avait pas encore rassurée contre le danger tant exagéré de la présentation de la face ; les faits favorables que j'avais eus sous les yeux me semblaient autant d'exceptions : ce fut ce qui me détermina à tenter la terminaison artificielle. Je voulus d'abord essayer de ramener le sommet de la tête au centre du bassin : pour cela j'introduisis la main droite ; avec la paume de cette main je repoussai la tête en haut et à droite pour faire place et à ma main, et au vertex, qui devait descendre du côté gauche. Remarquez, en effet, que le redressement, en pareil cas, ne peut guère se faire qu'au-dessus du détroit supérieur ; il y a un moment où le diamètre occipito-mentonnier mesurerait la largeur de l'excavation augmenté qu'il serait de l'épaisseur des doigts appliqués sur l'occiput. Ma main donc glissa sur le vertex jusqu'à ce que l'extrémité de mes doigts eût rencontré la nuque et enveloppé l'occiput. Parvenue là, j'abaissai à la fois et ma main et ce qu'elle avait accroché, en réduisant ainsi la position à une transversale (5e) du

vertex : trois à quatre douleurs suffirent pour la rotation et l'expulsion de la tête.

L'enfant était vigoureux, la face à peine gonflée. Rien de fâcheux pour la mère dans les suites de couches.

Cet accouchement, confié à la nature, se serait infailliblement terminé seul, puisqu'il l'a fait après la réduction de la tête ; et si par hasard les progrès de la tête n'avaient pas continué ; si quelque chose s'était opposé à la marche ultérieure du travail, le forceps n'aurait pas été très-difficile à appliquer, puisque la face n'était point diagonale. Dans le moment même où j'opérai, on aurait pu, en cas de nécessité, recourir sans plus de difficultés à la version du fœtus, qui aurait donné moyen de faire une extraction très-prompte.

N° XXII.

3e Position secondaire de la face, réduite à la première du vertex.

Le mois de floréal an 12 nous donna, à très-peu de distance, trois occasions d'essayer la réduction de la tête, et de ramener le vertex au lieu de la face. Je réussis dans les trois cas, parce que les circonstances étaient, dans tous trois, presque absolument les mêmes. Un seul de ces faits suffira pour donner une idée exacte de ce qui s'est passé dans les autres.

M. Dod.., âgée de vingt-deux ans, enceinte pour la deuxième fois et à terme, arrive à l'hospice le 10 floréal à sept heures du matin. L'orifice est ouvert de dix-huit à vingt lignes; les douleurs étant faibles, les membranes, peu tendues, laissent reconnaître la face dans la troisième position; le front, un peu en avant, est à peine engagé dans le détroit supérieur.

Peu à peu la dilatation s'opéra; à neuf heures elle était fort grande, et la tête était à-peu-près à la même hauteur. Je portai la main droite dans le vagin, je repoussai légèrement la tête à droite, et en même temps j'ouvris les membranes. Pendant que l'eau s'écoulait, je pus avec facilité glisser mes doigts sur le crâne et embrasser l'occiput. En retirant ma main, je ramenai la fontanelle postérieure au centre du bassin; le vertex était ainsi transversal; mais il se tourna spontanément en diagonale. Le mouvement que je lui avais imprimé l'avait déjà fait bien descendre; il s'enfonça plus encore dans l'arcade, et finit par rouler et sortir comme d'ordinaire. Ce fut l'affaire de cinq quarts d'heure. L'enfant vécut; il était petit. La face et le devant du col n'étaient pas tuméfiés. Dans un des trois cas, ils l'étaient un peu; mais cela tenait à ce que les membranes s'étaient rompues environ trois quarts d'heure avant l'opération; la tête avait bouché passage aux eaux, et l'utérus n'avait pu se vider; chose à noter relativement à la facilité que présenta l'exécution du procédé opératoire.

Ces trois cas sont à l'appui de l'utilité de la réduction; mais je suis persuadée qu'abandonnés à la nature, ils n'auraient pas été moins prompts et moins heureux. C'est certainement ce que j'aurais fait si j'avais eu alors mes opinions d'aujourd'hui.

N° XXIII.

3e Position diagonale (réduite à la 1re du vertex).

J. Gal...., âgée de vingt-quatre ans, bien portante, et enceinte de son premier enfant, sentit les premières douleurs à neuf heures du soir (1).

Elles continuèrent la nuit et la journée suivante. Après vingt-sept heures de travail (deuxième jour à minuit), la dilatation n'avait encore que vingt lignes de diamètre. A travers les membranes, on sentait la face placée diagonalement, de sorte que le front répondait au côté gauche du bassin et un peu en arrière, et le menton au côté droit et un peu en avant. Je craignis des difficultés et des retards préjudiciables à l'enfant, et je tentai de redresser la tête. J'y parvins en agissant comme dans le cas précédent; je rompis les membranes en entrant dans l'orifice, dont ma main acheva sans efforts la dilatation : ce qui prouvait que son étroitesse dépendait moins de sa rigidité que de l'absence de pressions suffisantes. En abaissant l'occi-

(1) Point de date dans la note qui m'en reste.

put, je le ramenai un peu en avant, c'est-à-dire, derrière la cavité cotyloïde gauche.

Après dix douleurs, J. Gal.... accoucha seule d'un enfant vivant, mais un peu livide et pléthorique. Je fis saigner le cordon ombilical, et bientôt la respiration s'établit. La mère s'est bien portée.

Cette rotation que j'ai imprimée à la tête en la faisant descendre de manière à ramener l'occiput en avant, ne sera pas confondue avec celle que j'ai essayé quelquefois vainement de produire dans les positions ordinaires du vertex. La direction diagonale de la face me fait présumer que la position était secondaire. Peut-être aurait-il suffi d'ouvrir les membranes pour procurer la terminaison naturelle de l'accouchement, et c'est assurément ainsi que je me serais conduite si j'avais eu affaire à une position du vertex; mais je n'ai pu me défendre de la prévention générale; j'ai craint que l'enfant ne fût déjà trop fatigué, trop lésé par l'attitude pénible dans laquelle il était depuis un temps peut-être assez long. Cependant on voit qu'il est venu non avec la face tuméfiée, mais avec *tout* le corps livide et *généralement* pléthorique. Cet état tenait à la longueur du travail et non à l'attitude du fœtus.

Il faut cependant convenir d'un fait, c'est que la simple ouverture des membranes n'aurait peut-être pas produit aussi énergiquement le retour des contractions utérines que l'a fait l'introduction de la

main. La première n'aurait mis en jeu que le ressort de la fibre et, par suite, sa contractilité; la deuxième a excité vivement et immédiatement sa sensibilité et sa contractilité musculaire.

N° XXIV.

4e Position de la face (réduite à la 2e du vertex).

Le 19 août 1817 arriva, à sept heures du matin, une femme sanguine et vigoureuse, âgée de vingt-six ans; elle était réglée depuis sa seizième année et arrivée au neuvième mois de sa première grossesse.

Orifice ouvert de sept à huit lignes, épais, un peu dur; membranes tendues et empêchant de distinguer la partie présentée; point d'obliquité utérine bien sensible. A midi, douleurs fortes, face rouge, céphalalgie (*saignée du bras*), soulagement. A deux heures, *rupture des membranes*, écoulement médiocre de l'eau de l'amnios, contractions énergiques, orifice ouvert de douze à quinze lignes, plus mince et plus souple.

On put alors sentir la face couvrant l'axe du détroit supérieur et dans la quatrième position. A six heures, orifice entièrement dilaté; la tête n'avance pas; *le front est plus rapproché du centre et plus abaissé que le reste, et tourné un peu en avant* (position secondaire). C'était peut-être le cas d'abaisser le menton, et de mettre ainsi en rap-

port avec le détroit supérieur le diamètre mento-bregmatique au lieu de l'occipito-mentonnier. Mais trop peu confiante encore dans la puissance de la nature, quoique déjà instruite par plusieurs exemples, intimidée surtout par l'opposition qui existait déjà comme aujourd'hui entre mes opinions et le sentiment général, je préférai ramener le vertex vers l'excavation pelvienne. La main gauche fut introduite à cet effet jusque sur l'occiput, et en l'abaissant, je tâchai de le tourner un peu plus en avant encore que n'était d'abord le front, dont il venait occuper la place. J'y réussis : la position devint la deuxième du vertex, et la femme accoucha comme dans les circonstances ordinaires, à neuf heures du soir. L'enfant, un peu défiguré, se portait bien, et la mère n'a éprouvé aucun accident.

Remarquez que la tête était haute par cela même qu'elle offrait un trop grand diamètre au détroit supérieur, comme cela a lieu dans toutes les positions frontales. Cette hauteur a favorisé l'opération; elle a permis le redressement de la tête; peu d'eau s'était écoulée, et l'utérus en conservait beaucoup encore, parce que la face couvrait l'aire du détroit supérieur : nouvelle raison pour que l'opération fût plus facile. La face était diagonale, et sa réduction simple a produit une position favorable du vertex. Si le front était en arrière le contraire aurait lieu, puisqu'on ne produirait que la qua-

trième ou la cinquième (B.) du vertex, et nous avons déjà vu qu'il n'était pas toujours facile d'imprimer à la tête une rotation susceptible de changer la position en une plus favorable, même alors qu'on en opère le redressement (*Voyez* Observations des positions du vertex, version.) : ce fut encore une des raisons qui m'engagèrent à agir. Une autre réflexion que peut faire naître encore cette observation, c'est l'efficacité de la rupture des membranes pour la reproduction des douleurs : j'en ai déjà parlé plusieurs fois, et j'en ai donné l'explication.

N° XXV.

4e Position de la face (réduite à une 2e du vertex).

Je procédai absolument de la même manière et avec le même succès dans un cas tout semblable, mais bien antérieur en date (27 brumaire an 12).

La femme, nommée R. T..... était à sa deuxième couche. Le front s'était d'abord présenté au centre, puis la tête avait continué de se renverser vers le dos; le menton même était devenu un peu inférieur au front, et s'était un peu rapproché du centre, (position mentale secondaire). *Les membranes, rompues au-dessus de l'orifice*, ne laissaient écouler l'eau que très-lentement; il en restait encore dans l'utérus lorsque j'opérai. Une obliquité latérale droite, assez considérable, semblait avoir favorisé le dépla-

cement de la tête. Je fis incliner la femme sur le côté gauche pour faciliter mes manœuvres, ou plutôt pour les rendre plus fructueuses. La tête fut réduite à la deuxième position du vertex ; elle sortit ensuite spontanément en quelques douleurs et par le mécanisme propre à la position susdite.

Suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.

En faisant coucher la femme vers le côté, on pense bien que je n'avais pas l'intention de redresser la tête par ce seul moyen, puisque je n'y avais recours que pour me faciliter l'opération. Il ne faut pas prendre non plus cette inclinaison pour un décubitus tout-à-fait latéral. Si la femme avait été tout-à-fait sur le côté, la cuisse droite aurait empêché l'introduction de la main, au lieu que l'inclinaison médiocre du bassin lui permettait d'entrer plus facilement dans la vulve, qui était alors un peu oblique, et elle donnait à la main introduite (c'était la gauche) beaucoup plus de force en lui permettant d'agir non-seulement de droite à gauche de la mère, mais encore de haut en bas, absolument parlant. On a bien plus de force quand on agit pour déprimer et abaisser un obstacle, que quand on cherche à le pousser de droite à gauche ou de gauche à droite.

J'ai dit que les membranes étaient rompues au-dessus de l'orifice utérin : l'écoulement de l'eau est alors fort lent, et souvent il n'est que partiel ; la poche reste entière à l'orifice. Nous observons souvent

à l'hospice un semblable écoulement dû évidemment à cette cause. Je ne doute pas que les *fausses eaux* des auteurs ne soient, dans le plus grand nombre des cas, des écoulemens tout semblables à celui de cette observation.

N° XXVI.

3e Position primitive. — *Version régulière.*

Une femme de vingt-un ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, réglée huit jours chaque mois depuis l'âge de treize ans, enceinte pour la première fois et à terme, arriva à l'hospice le 5 février, à neuf heures du matin. Cinq à six lignes d'ouverture à l'orifice, ses bords dilatables, mais épais. A travers les membranes on sent la face horizontalement placée, le front à gauche et au niveau du détroit supérieur, le menton à droite et au même niveau.

Point de progrès, peu de douleurs pendant vingt-quatre heures. Enfin, la dilatation s'acheva en même temps que les douleurs revinrent; elles cessèrent encore bientôt après.

Une élève instruite, nommée par le sort, fut destinée à extraire l'enfant par les pieds. La main gauche rompit les membranes en entrant dans la matrice, suivit le côté gauche de l'enfant, et passant sur les fesses, descendit sur les pieds : le droit fut amené d'abord, et l'élève ne pouvant trouver l'autre,

on tira sur celui-là seul, en le portant un peu à gauche et en arrière. De cette façon l'évolution se fit aisément, et l'enfant fut extrait sans peine, la hanche droite en avant et à gauche, la gauche en arrière et à droite (2e position des pieds). Les bras et la tête ne donnèrent aucu embarras.

L'enfant pesait six livres; il a eu besoin de secours. La mère a été prise de convulsions, et a succombé vingt-quatre heures après la délivrance. Il en sera, sous ce rapport, parlé plus amplement par la suite.

C'est moins la présentation de la face que la lenteur du travail et la crainte de ses suites, relativement à la mère et à l'enfant, qui nous a engagées à agir : or, cette lenteur était tout-à-fait indépendante de la position.

Peut-être aurait-on pu opérer beaucoup plus tôt, s'il y avait eu des indications positives. Je le soupçonne, parce que l'orifice acheva de se dilater aux premières douleurs; c'est-à-dire, dès que l'utérus poussa un peu plus fortement la poche membraneuse. Cet orifice-là devait être mou et dilatable bien avant sa dilatation; il aurait cédé à la main; il y avait déjà là une des deux conditions de la dilatation, le ramollissement : la main aurait produit la deuxième, la distension.

N° XXVII.

3e Position secondaire.— *Version.*

Celle ci avait trente-neuf ans, et c'était aussi, disait-elle, sa première grossesse. Elle était robuste, réglée depuis l'âge de seize ans, deux jours chaque mois.

Le 29 novembre 1813, premières douleurs. Vers le soir, l'orifice commence à s'ouvrir; membranes tendues, douleurs médiocres, position incertaine.

Le 30 matin, point de progrès dans la dilatation; on distingue au détroit supérieur la face dans la même situation que dans le cas précédent, à cela près pourtant que le front est plus bas et plus rapproché du centre, et le menton plus élevé.

A trois heures du soir, dilatation entière : du reste, nul changement et point de douleurs valables. L'extraction de l'enfant est décidée.

L'élève suivit d'abord la même marche que celle de l'observation précédente : seulement elle tâcha de pousser en avant l'épaule gauche, et après avoir amené le pied gauche, elle trouva sans grand travail celui du côté droit et les amena tous deux hors de la vulve. Elle tira d'abord davantage sur le dernier, et détermina ainsi le tronc à sortir comme dans la deuxième position des pieds (Baudelocque). Pour s'assujettir aux règles, elle voulut de la main gauche repousser l'occiput; mais ce

qu'elle fit de bien plus utile, ce fut l'abaissement de la face au moyen de quelques doigts de la main droite introduits dans la bouche.

L'enfant, faible d'abord, s'est bientôt ranimé : c'était un garçon de cinq livres. Tout du reste alla bien.

Mêmes réflexions que pour le cas précédent; ajoutez-en quelques-unes sur la manière dont on a procédé à la manœuvre. L'élève a cherché à s'astreindre le plus strictement possible à toutes les règles, et il en est plusieurs dont elle aurait pu très-bien se dispenser : tels furent les tentatives qu'elle a faites pour faire pivoter le fœtus en poussant l'épaule en avant, et les efforts qu'elle a dirigés contre l'occiput pour faciliter la flexion de la tête et l'enfoncement de la face dans l'excavation. On ne pouvait cependant pas l'en blâmer, car ces tentatives n'avaient d'autre inconvénient que d'être inutiles; elles n'ont pas fait perdre beaucoup de temps, et nous n'étions pas pressées par les circonstances.

N° XXVIII.

3ᵉ POSITION.—*Version, tractions sur un seul pied.*

Un femme de vingt-trois ans, pâle et d'apparence lymphatique, arriva le 17 septembre 1810 au soir, enceinte de neuf mois et dans sa deuxième grossesse. L'orifice était épais, mou, ouvert de

quinze lignes environ et un peu porté à gauche, le col utérin tout-à-fait effacé. Elle ne souffrait pas; mais il y avait dans les membranes des alternatives manifestes de tension et de relâchement.

A dix heures, douleurs utérines, agrandissement de l'orifice; dans l'intervalle des contractions, on sent au niveau du détroit supérieur, à gauche, une tumeur ronde et solide, et à droite des inégalités (position primitive). A deux heures du matin, 18 septembre, dilatation complète, *rupture des membranes, écoulement de très-peu d'eau;* la face, car alors on la reconnut sans peine, couvrait le détroit, bouchait l'ouverture de l'utérus, et retenait l'eau vers le fond de cet organe. L'orifice avait paru se resserrer; mais sa mollesse indiquait que le défaut de soutien était la seule cause de son rétrécissement et qu'il n'en était pas moins dilatable. Je voulus profiter du moment, et je fis opérer l'accouchement par une élève. Le travail, trop peu avancé, me faisait craindre que la nature ne débarrassât pas assez vite l'enfant de la gêne où il devait être.

L'élève choisie se servit de la main gauche, et parvint sans grand travail jusqu'au pied gauche. Des aides fixaient le fond de l'utérus que la laxité des parois abdominales rendait fort mobile. Il lui fut impossible d'avoir le deuxième pied; mais en tirant sur le premier, elle parvint à faire descendre le tronc. Pour faciliter cette manœuvre, ma main, à plat sur le côté gauche du bassin, soutenait la

tête au-dessus du détroit. En descendant, le tronc tourna de telle façon que la hanche gauche sortit sous les pubis ; beaucoup d'eau s'échappa alors, et nulle difficulté n'empêcha la sortie ultérieure du fœtus. Il pesait six livres et demie, il n'eût pas besoin de secours, et sa mère se porta très-bien aussi.

L'accouchement fut opéré par mademoiselle Guignard, élève du département de l'Ain.

On remarquera ici d'abord les alternatives de contraction et de relâchement qui indiquèrent l'approche du travail. Elles existent bien long-temps avant l'accouchement, comme aussi les alternatives de dureté et de mollesse du globe utérin ; mais elles ne sont très-sensibles que lorsque le terme est prochain : ce sont des contractions utérines trop faibles pour être douloureuses, et on peut, ce me semble, les comparer au mouvement péristaltique des intestins et de l'estomac. Ce mouvement n'est pas douloureux ; mais devient-il violent et spasmodique, alors il cause des douleurs vives, des coliques, etc.

On notera encore l'utilité que nous avons tirée d'une manœuvre dont il a été parlé ailleurs. J'ai soutenu la tête pendant qu'on tirait sur le pied, et j'ai ainsi permis aux fesses de descendre sans l'entraîner. Comme on n'avait eu qu'un seul pied, les fesses formaient un gros renflement trop disproportionné au volume du membre inférieur pour pouvoir le suivre sans presser sur la tête et la pousser au-devant d'elles.

Le tronc s'est dégagé irrégulièrement, et cela a dépendu sans doute de la présence de la tête au passage; elle a dévié les hanches et les a forcées de se tourner dans un sens différent de celui qu'elles avaient d'abord, afin que leurs diamètres pussent s'accommoder aux siens et à ceux des passages.

N° XXIX.

3e Position. — *Version pénible.*

La femme dont je vais parler avait vingt-neuf ans; elle portait tous les caractères du tempérament lymphatique, bien portante cependant et réglée depuis sa quinzième année, six jours chaque mois. Comme tant d'autres, elle assurait en être à sa première grossesse.

Le 25 avril 1811, elle ressentit des douleurs non équivoques; elle était à terme.

En treize heures de temps, la dilatation fut complète, et à travers les membranes on put sentir la face horizontale et le front à gauche. La face, sentie dès les premiers instans du travail, descendit fort bas, quoique les douleurs fussent faibles et rares : elles finirent même par se suspendre entièrement, et, pour sauver à l'enfant les dangers d'une position forcée et si long-temps soutenue, je me décidai à faire opérer la version. *Les membranes étaient entières ;* l'élève choisie pour agir les rompit en entrant dans l'utérus; sa main gauche, après avoir

repoussé la tête vers la fosse iliaque gauche, marcha rapidement sur la surface latérale du fœtus, saisit son pied gauche et l'amena au dehors, où il fut maintenu par un lacs. Elle chercha vainement à amener l'autre pied ; vainement aussi voulut-elle tirer sur un seul : les fesses poussaient la tête, au-dessus de laquelle elles étaient encore, et tendaient à l'engager dans l'excavation. Il fallut que je vinsse à son aide ; j'amenai le pied droit en suivant les règles ordinaires : il fut alors facile d'achever l'extraction. La hanche et l'épaule gauches passèrent en arrière, la hanche et l'épaule droites sortirent sous les pubis ; la tête fut extraite dans une direction convenable, c'est-à-dire, la face d'abord à gauche, puis en arrière, et le menton abaissé par deux doigts de la main gauche appuyés sur les côtés du nez.

L'enfant était faible ; il fut ranimé. La mère se rétablit promptement.

La tête était trop basse pour qu'on pût tenter aisément la réduction du crâne, et les membranes étant encore entières. Je préférai la version au forceps.

Accouchement commencé par mademoiselle Lafon, de la Corrèze.

N° XXX.

3e Position inclinée (malaire). — *Version difficile.*

Le 7 floréal an 12, on nous apporta une femme nommée M. A....., paraissant âgée de vingt-cinq ou vingt-six ans et enceinte pour la première fois. Elle souffrait depuis trente-six heures, et *les eaux étaient écoulées depuis dix-huit.*

Cette femme avait les cuisses contournées, et le toucher nous apprit que le bassin n'avait guère que trois pouces et demi de diamètre sacro-pubien au détroit supérieur. Sur ce détroit on sentait la face dans une direction telle que le front était vis-à-vis l'ilium gauche, et le menton sur lilium droit, la joue gauche appuyée sur l'angle sacro-vertébral, la droite presqu'au centre du bassin, quoiqu'un peu plus en avant.

Enfin, au-dessus des pubis, je parvins à sentir l'oreille droite; mais ce ne fut qu'en introduisant dans le vagin une partie de la main.

Les circonstances antécédentes et l'état actuel des choses me déterminèrent à opérer sur-le-champ et à opérer moi-même; car l'utérus contracté rendait la manœuvre fort difficile et fort dangereuse.

Je passai, comme je pus, la main gauche à droite et en arrière et en rampant sur le fœtus, quoique j'en distinguasse assez mal les diverses régions. Je parvins jusqu'au pied droit; je l'amenai au dehors,

et je fis tirer sur lui seul pendant que de la main droite je repoussais la tête, qui tendait à s'engager. Après des efforts assez long-temps soutenus, l'évolution s'opéra et l'extraction devint dès-lors simple et facile.

L'enfant pesait sept livres : c'était un garçon : il n'a donné aucun signe de vie; et, quoique non putréfié, il semblait mort depuis assez long-temps. La face était livide, ainsi que *la tempe droite;* le col était tuméfié.

La mère s'est bien portée.

La cause de la mort de l'enfant n'est pas difficile à déterminer : c'est évidemment la pression del 'utérus sur son corps, c'est la compression du col par le détroit supérieur, et la strangulation nécessairement produite par l'aplatissement des vaisseaux. Cet aplatissement était encore favorisé par l'extension forcée du col; mais l'extension n'aurait pas seule et sans compression produit des résultats aussi funestes. Le rachis a peu souffert, et la moelle rachidienne n'a point du tout été altérée. C'était, sans contredit, l'étroitesse du bassin qui empêchait la tête de descendre et qui avait dévié la face; la position en elle-même n'était pas plus défavorable qu'une du vertex.

N° XXXI.

3e Position diagonale. — *Version.*

Le 2 février 1821, à deux heures du matin, arriva à la salle des accouchemens une femme de moyenne constitution, déjà accouchée une fois fort heureusement. Elle souffrait depuis la veille à huit heures du soir : cependant l'orifice utéro-vaginal (externe) n'était qu'entr'ouvert; mais le cervico-utérin (interne) était tout-à-fait effacé; les douleurs étaient faibles et rares; elles faisaient bomber médiocrement les membranes, assez pourtant pour empêcher de reconnaître positivement la position du fœtus : on crut à la présence du vertex.

Vers neuf heures du matin, on put reconnaître la face presqu'horizontale au détroit supérieur dont elle était encadrée; le front, un peu plus bas que le reste, était au-dessus de l'éminence ilio-pectinée gauche (position secondaire). Les douleurs augmentèrent et la dilatation fut bientôt achevée.

J'espérais que la tête descendrait dans l'excavation et qu'au moyen de la rotation ordinaire, elle sortirait spontanément. A quatre heures du soir, elle était à peine engagée dans l'excavation; le menton paraissait un peu plus bas que le front, et elle avait toujours sa direction diagonale. *Les membranes étaient entières*, et je résolus de profiter de cette circonstance favorable.

Une élève ancienne fut appelée par le sort; elle

introduisit la main gauche jusqu'au fond de l'utérus en respectant les membranes ; là, elle les rompit, sentit les fesses, saisit les pieds au-dessous d'elles et les amena au dehors tous deux réunis. Rien de plus simple dès-lors que l'extraction ultérieure : elle se fit comme pour la deuxième position des pieds.

L'enfant pesait, dit-on, huit livres : c'est un peu trop ; il était bien portant et peu défiguré.

La mère fut prise de péritonite, et, malgré la saignée, les sangsues, les purgatifs, etc., elle périt le 8 février, à dix heures du soir.

C'est mademoiselle Foguelfang, élève au frais du ministre de l'intérieur, qui a opéré la version.

Cette position était-elle primitive ou secondaire? Sa disposition diagonale prouve pour la deuxième opinion, et on pourrait fort bien avoir eu raison dans le premier diagnostic qu'on a porté sur elle. La marche du travail le prouve encore, puisque le menton s'est abaissé de plus en plus jusqu'à devenir même un peu inférieur au front. La direction diagonale a peut-être été pour quelque chose dans le retard qu'a éprouvé le travail. Elle aurait rendu l'application du forceps très-difficile si on avait voulu attendre la rupture des membranes. On s'est donc bien gardé de les rompre : l'enfant aurait dès-lors trop souffert de la suspension du travail : en les conservant, il n'a point été comprimé, par conséquent il n'a point souffert ; car nous savons que ce n'est pas l'attitude en elle-même qui est dangereuse.

N° XXXII.

3e Position inclinée (mentale).— *Version.*

Dans le même mois de floréal déjà mentionné (n° 22 et n° 30), se présentèrent deux autres accouchemens dans lesquels le fœtus offrait la face au détroit supérieur (1). Tous deux, comme celui du n° 30, exigèrent la version du fœtus; mais la position offrait ici quelque chose de remarquable et qui demande quelques détails.

La femme, nommée L. Chib..., était en travail depuis quelques heures, lorsque (9 floréal), à travers l'orifice déjà un peu dilaté, on chercha à reconnaître la position du fœtus. On sentit une partie dure et arrondie vers la fosse iliaque gauche; mais, du reste, on ne put rien apprécier. L'utérus était un peu oblique à droite. *Au moment de la rupture des membranes*, on reconnut que la partie premièrement sentie était le front, et que la face regardait directement l'excavation du bassin. Peu à peu les contractions de l'utérus la pressèrent davantage sur le détroit supérieur; le front sembla remonter un peu vers la fosse iliaque, et le menton s'approcher

(1) En tout six accouchemens par la face ont eu lieu dans ce seul mois. Trois de ces faits ont déjà été mentionnés au n° XXII, le quatrième au n° XXX, et le sixième va suivre: c'est un rapprochement extraordinaire, mais qu'on ne peut rapporter, ce me semble, à aucune cause rationnelle.

du centre ; on pouvait toucher tout le bord de la mâchoire inférieure ; le devant du col et le larynx étaient appuyés sur le bord de la fosse iliaque droite. Considérant l'état de gêne du fœtus et l'impossibilité d'une terminaison naturelle, j'allai sur-le-champ chercher les pieds. L'opération fut facile ; l'utérus était peu serré sur l'enfant : aussi fut-il amené vivant et vigoureux. La mère eut ensuite une fièvre bilieuse dont elle guérit.

Le travail avait duré huit heures, et l'enfant pesait six livres et demie.

C'est le seul cas où j'aie vu la face aussi déviée et le menton beaucoup plus abaissé que le front. Une des deux observations que Delamotte donne pour des positions du devant du col me paraît tout-à-fait semblable à celle-ci.

Dans une pareille position le pronostic est bien différent de ce qu'il est dans une position franche. Ici, non-seulement la tête présente des diamètres peu favorables, mais encore le tronc tend à descendre en même temps qu'il la repousse du passage, et met ainsi obstacle à sa sortie.

Par rapport au fœtus, l'attitude est bien plus forcée encore que dans les cas ordinaires. Cependant l'enfant a vécu : c'est en effet moins l'attitude que la compression des vaisseaux qui est à craindre. Or, ici l'utérus n'était pas en constriction permanente, et d'ailleurs on opéra peu de temps après la rupture des membranes.

N° XXXIII.

4e Position. — *Tentative de redressement ; version régulière.*

Cat. L....... âgée de vingt-deux ans, enceinte de son premier enfant et à terme, portant des signes d'affection scorbutique, se présenta à l'hospice le 10 floréal an 12. Elle n'était point en travail : comme la plupart des autres, elle attendit dans la maison la révolution des neuf mois, et ne ressentit lès premières douleurs que trois semaines après son admission.

La marche du travail fut lente et les douleurs faibles. On ne put, dans les premiers momens, reconnaître quelle partie offrait le fœtus, à cause de son élévation et de la tension des membranes. Après douze heures de travail, la dilatation était complète; le fœtus, descendu, laissait reconnaître la face cintrée par le détroit supérieur, le menton à gauche et le front à droite.

Je portai la main gauche dans l'orifice, et en repoussant la tête à gauche, je rompis les membranes. Pendant que je pénétrais jusqu'à l'occiput, l'eau s'écoula, la matrice s'appliqua sur le fœtus par l'effet d'une vigoureuse contraction. En vain j'essayai d'abaisser l'occiput, toute la tête descendait avec ma main, qui se trouvait serrée entre elle et le détroit supérieur, et je me vis forcée de renoncer à mes tentatives. Je ne voulus pas donner à l'u-

térus le temps de se mouler davantage sur le corps du fœtus, et je me décidai sur-le-champ à aller chercher les pieds. Je portai pour cela la main droite le long du côté droit du fœtus, et passant rapidement par-dessus les fesses, je saisis à la fois les deux pieds, qui se trouvaient, sinon croisés, au moins fort rapprochés l'un de l'autre. L'enfant descendit après cela sans difficulté, comme s'il se fût présenté dans la première position des pieds. En tirant davantage le pied gauche, je tournai le devant du tronc et la face un peu en arrière : c'est dans ce sens qu'elle fut extraite avec la plus grande facilité. L'enfant pesait huit livres ; quelques secours le ranimèrent en un instant.

Délivrance simple.

Suites de couche ordinaires. Sortie en bon état le dixième jour.

La conséquence est facile à déduire : c'est que le redressement de la tête, pour être facile ou même possible, exige bien des conditions, et par-dessus tout la présence de l'eau dans l'utérus et l'inaction de cet organe.

N° XXXIV.

4e Position. — *Version.*

Le sujet de cette observation est une femme lymphatique, âgée de trente-six ans, et dans le dernier mois de sa troisième grossesse.

Elle monta à la salle d'accouchement le 12 septembre 1815, à dix heures du matin, tourmentée par les premières douleurs utérines. Les parties génitales externes étaient peu dilatables; l'orifice utérin était au centre de l'excavation, ouvert de douze à quinze lignes; les membranes bombaient et paraissaient minces : pour ne point les rompre on s'abstint des recherches nécessaires pour reconnaître la partie présentée par le fœtus : cependant on crut avoir reconnu la tête.

A huit heures du soir, dilatation complète, *ouverture spontanée des membranes*. On reconnaît la face encadrée par le détroit supérieur et placée en travers, le front à droite et le menton à gauche.

La femme était faible et les douleurs presque nulles. Je choisis le parti le plus sûr et le plus expéditif, et, sans essayer le redressement de la tête, je portai moi-même la main droite dans l'utérus : il contenait encore de l'eau; et en avançant la main jusqu'au poignet dans l'orifice, je trouvai sur-le-champ les pieds; j'en amenai un au dehors : c'était le droit : fixé par un lac, il me conduisit sur l'autre, qui fut aussi bientôt dégagé. Je tirai surtout sur le gauche pour tourner en arrière la face antérieure de l'enfant : bientôt les hanches parurent à la vulve; le cordon ombilical, passé entre les cuisses, était tiraillé et tendu; il fallut le couper pour éviter son arrachement. Les bras furent dégagés sans peine, et la tête n'exigea pas beaucoup d'efforts. L'enfant était mâle, et pesait six livres. Il ne donna d'abord

aucun signe de vie; mais, après trois quarts-d'heure de soins et de secours, il fut rappelé au jour.

La mère est sortie bien portante le 18 septembre.

Cet enfant n'avait pas été long-temps exposé à l'influence des contractions utérines, et cependant il était dans un véritable état d'asphyxie complète. Cela revient à ce que j'ai dit ailleurs : il y a des enfans que peu de chose fait périr ; il en est qui résistent aux plus violens efforts.

Le cordon, coupé avant l'extraction totale, n'a pas assez donné de sang pour faire croire que l'hémorrhagie était cause du mauvais état de l'enfant ; les bras et la tête ont été extraits en un clin-d'œil. Cependant ce n'est pas là ma pratique ordinaire : pour prévenir cet inconvénient de la section prématurée du cordon, j'en débarrasse ordinairement les membres du fœtus; c'est à quoi on parvient avec un peu d'adresse et d'habitude sans causer de grands tiraillemens.

N° XXXV.

4e Position.—*Version, puis forceps pour rigidité de la vulve.*

La femme dont il s'agit était dans sa vingt-unième année, valétudinaire et lymphatique, réglée huit jours chaque mois depuis l'âge de quatorze ans. Elle était enceinte de son premier enfant et à terme

lorsqu'elle arriva à l'hospice. Le 17 février 1812, à quatre heures du soir, premières douleurs puerpérales.

Malgré la tension des membranes et l'étroitesse de l'orifice, on put, dès les premiers momens du travail, distinguer la face au détroit supérieur : le front était au bas de la fosse iliaque droite et un peu rapproché du centre; le menton, plus élevé, se portait vers la fosse iliaque gauche; les douleurs étaient rares et faibles; les parties génitales externes fort étroites, sèches et peu dilatables : aussi, après avoir attendu jusqu'à cinq heures, et trouvant alors la dilatation complète, je me décidai à faire opérer la version.

L'élève choisie pour cet objet fut forcée, à cause de l'étroitesse de la vulve, d'introduire successivement ses doigts, et de glisser la main avec ménagement et avec lenteur : c'était, on le conçoit bien, la main droite, car les pieds de l'enfant devaient répondre au côté gauche. Pour les rapprocher davantage du bassin, la main gauche, appuyée sur l'abdomen, inclina l'utérus à gauche; pendant ce temps, la main droite repoussait à droite et en haut la tête du fœtus saisie entre le pouce placé en avant et les doigts placés en arrière. Cela fait, la même main entra dans la cavité des membranes qu'elle venait de rompre, suivit, autant que possible, le côté droit du fœtus, et passant sur les fesses, saisit le pied droit et l'amena au dehors : là, on le retint avec un lacs; puis, le long de la jambe dégagée,

l'élève alla chercher le pied gauche, qui fut, quoiqu'un peu difficilement, extrait comme l'autre.

Le pied gauche était sous les pubis : c'est sur lui que je fis principalement diriger les tractions, dans la vue de tourner le devant du tronc et la face vers la partie postérieure du bassin. La hanche et l'épaule droites furent dégagées successivement au-devant du périnée, et les mêmes parties du côté gauche furent après elles extraites derrière les pubis.

La tête se présenta au détroit supérieur, dans une direction convenable, c'est-à-dire que la face régardait la symphyse sacro-iliaque droite, et l'occiput l'éminence ilio-pectinée gauche. De deux doigts de sa main droite, l'élève essaya de repousser l'occiput pour enfoncer le menton dans l'excavation pelvienne, en imprimant à la tête un mouvement de bascule. Je crois qu'elle n'opéra pas grand changement par cette manœuvre; mais elle fit bien plus énergiquement descendre la tête en introduisant deux doigts de la main gauche dans la bouche. La tête descendit, mais elle descendit sans tourner, et la face resta sur le ligament sacro-sciatique droit. La vulve, excessivement étroite, n'avait pas permis de glisser, comme je l'aurais voulu, la main droite dans la courbure du sacrum : on aurait alors pu accrocher la bouche et tourner la face en arrière.

Au reste, l'étroitesse même de la vulve n'en aurait pas moins subsisté comme obstacle réel, quoique moins grave, à la sortie de la tête.

Pour éviter des tractions dangereuses, et tâcher

de conserver les jours de l'enfant, je préférai l'application du forceps à l'extraction ordinaire.

Le tronc relevé vers l'aîne droite de la mère, je plaçai la branche droite au-devant du ligament sacro-sciatique gauche, et par conséquent sur le pariétal droit. Le tronc fut abaissé vers la fesse gauche, et la branche gauche glissée derrière le trou sous-pubien droit, et par conséquent sur le pariétal gauche. J'articulai les deux branches sous le col du fœtus, et relevant les crochets du forceps par un mouvement qui les ramenait en même temps vis-à-vis les pubis (de gauche en avant), je fis rouler la face en arrière. Ce mouvement ne fut exécuté qu'en tâtonnant, sans rien forcer et avec beaucoup de lenteur. Il fallut alors tirer en élevant les crochets du forceps; mais il fallait y mettre beaucoup de circonspection à cause de la rigidité de la vulve; il fallut s'opposer, par une vigoureuse pression, à la rupture du périnée. Je favorisai la dilatation de la vulve en inclinant légèrement le forceps à droite et à gauche, et dès que le menton fut très-voisin de la commissure du périnée, j'ôtai doucement le forceps: la face passa bientôt toute entière du menton au front, au-devant de la fourchette, et la tête se dégagea sans rupture.

L'enfant était un garçon du poids de huit livres; il était mort, mais récemment: la longueur de l'extraction, la lenteur nécessaire des manœuvres en ont peut-être été la cause. Cette lenteur était obligée; car l'extraction des bras et l'application du

forceps dans une vulve aussi resserrée demandèrent un temps considérable : la deuxième branche (gauche) du forceps fut surtout d'une application très-difficile. Le tronc de l'enfant ne pouvait être abaissé suffisamment puisqu'il était retenu par l'autre branche ; j'eus ensuite beaucoup de peine à les articuler, même en faisant relever le tronc. La totalité de l'opération dura environ trois quarts-d'heure.

Le placenta sortit aisément : il pesait une livre et demie.

La mère s'est promptement rétablie.

L'application du forceps, en pareil cas, m'a toujours parue fort difficile, et je ne lui ai point trouvé d'avantage sur l'extraction ordinaire : on voit qu'ici elle n'a point conservé la vie à l'enfant. Je crois vraiment que j'aurais mis moins de temps à opérer en n'employant que les doigts, ou tout au plus en portant dans la bouche le crochet mousse du forceps : j'aurais peu à peu dilaté la vulve, et les manœuvres seraient devenues plus faciles. J'ai, du reste, donné ailleurs des détails sur mes idées à ce sujet.

N° XXXVI.

Position frontale. — *Procidence d'une main ; version irrégulière.*

Une femme vigoureuse, âgée de trente-trois ans, réglée depuis sa dix-huitième année, cinq jours chaque fois, était au neuvième mois de sa troi-

sième grossesse. Elle disait avoir souffert vingt heures à son deuxième accouchement. Le bras de l'enfant avait glissé sous la tête ; il avait fallu aller chercher les pieds, et il était né sans vie.

Le 5 janvier, elle entra à l'hospice ; le 7 à minuit, *les membranes s'ouvrirent subitement ;* elle n'en avertit que dans la matinée. On trouva alors l'orifice à peine ouvert, épais, mais souple ; on sentit la main du fœtus et la tête au-dessus, mais trop élevée pour qu'on en pût distinguer la position. Les douleurs devinrent fortes et rapprochées ; l'orifice se dilata, et à une heure il avait toute la largeur désirable. Je pus à cette époque m'assurer de la position de la tête, qui était beaucoup plus basse. La fontanelle postérieure était au-dessus de l'éminence ilio-pectinée gauche, et l'antérieure au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite et bien plus basse que l'autre. La tête était donc dans la première position du sommet, mais renversée vers le dos. J'essayai de repousser la main ; mais elle retombait aussitôt en arrière et à gauche de la tête. Les douleurs s'étaient beaucoup affaiblies, et ne produisaient plus rien que de rapprocher le front du centre du détroit supérieur. Tout cela me détermina à recourir à une terminaison plus prompte.

Une élève fut chargée d'aller chercher les pieds : elle introduisit la main gauche, et après bien des tâtonnemens, elle amena un pied : c'était le droit. L'utérus contracté aurait rendu l'extraction du gauche fort difficile ; il fallut nous en tenir à celui-

là : on tira donc en le portant à gauche, et le pelotonnement s'opéra. Lorsque les hanches s'offrirent à la vulve, on aida à leur sortie en passant un doigt dans le pli de l'aîne gauche. Le reste marcha régulièrement; les bras et la tête furent extraits sans grande peine.

L'enfant naquit faible, il fut ranimé; mais bientôt des convulsions le saisirent, et malgré tous les secours, l'enlevèrent vingt-quatre heures après sa naissance : il était du sexe masculin, et pesait six livres. La mère s'est bien portée.

—

La contraction de l'utérus, qui, de temps à autre, augmentait au point d'engourdir et de paralyser la main de l'élève, l'empêcha de suivre les règles prescrites. Elle la porta au hasard ; elle saisit le pied droit tandis qu'elle aurait dû descendre sur le gauche ; mais peut-être moi-même n'eussé-je pas mieux réussi. Au reste, ce pied même nous a été très-utile : en tirant sur lui et le portant un peu à gauche sous la branche du pubis, nous avons favorisé la rotation du fœtus et tourné la face en arrière.

Opération faite par mademoiselle Edet.

N° XXXVII.

Position frontale. — *Version.*

Une femme bien portante, forte, sanguine, réglée six jours chaque mois depuis l'âge de dix-neuf ans, âgée pour lors de vingt-quatre, enceinte

pour la première fois et à terme, arriva le 6 avril 1811 à sept heures du matin.

Elle souffrait depuis quelques heures. L'utérus, très-volumineux, avait son fond incliné en avant et un peu à gauche; son orifice, dirigé à droite, mince et souple, était assez largement ouvert. Des contractions vives tendaient à chaque instant les membranes, et rendaient ainsi inaccessible la partie qu'offrait le fœtus.

Mêmes douleurs toute la matinée. A midi, *rupture des membranes*, écoulement d'une petite quantité d'eau; la tête (on put alors la reconnaître) reste haute, et loin de presser sur l'orifice, elle le laisse se resserrer, et, comme nous le disons à l'hospice, *retomber sur son centre*.

A six heures du soir, peu de progrès; nouvel examen: il apprend que la fontanelle antérieure est au centre du bassin, que le front est vers l'éminence ilio-pectinée droite, et la fontanelle postérieure *au-dessus* de la symphyse sacro-iliaque gauche: c'est donc une position voisine de la cinquième du sommet. La peau du crâne est un peu tuméfiée. Dans les heures suivantes, nul changement, si ce n'est un peu d'augmentation dans la tumeur du crâne et l'enfoncement du front vers le centre. L'abdomen, encore fort gros, indiquait que la tête avait retenu beaucoup d'eau dans l'utérus, et j'en voulus profiter pour terminer l'accouchement.

En redressant la tête, si la chose avait été possible,

on l'aurait laissée dans la cinquième position du sommet, et l'accouchement aurait été long et difficile. En appliquant le forceps, on aurait tiré la tête offrant au passage son plus grand diamètre : la version était donc préférable.

Une élève en fut chargée. Elle introduisit la main gauche et amena assez promptement le pied droit; avec lui sortit beaucoup d'eau. Sur la jambe dégagée elle conduisit la même main pour amener l'autre pied : elle ne le trouva qu'avec peine, et je ne sais comment elle en fit l'extraction; mais à peine eut-elle tiré sur tous deux que les hanches descendirent brusquement avec un nouveau flot d'eau, et qu'elles tournèrent leur partie antérieure vers le trou ovalaire gauche, et leur partie postérieure vers l'échancrure sciatique droite. J'essayai de tourner lentement le sternum en arrière en profitant de toute la longueur du tronc; mais je sentis une résistance trop grande, et craignant de croiser un bras derrière la nuque et de me créer ainsi de grandes difficultés à son extraction, je préférai suivre la tendance naturelle. L'aisselle gauche parut en arrière, et le bras gauche fut dégagé sans peine au-devant du périnée et sur la grande lèvre gauche. Le bras droit fut ensuite extrait sans beaucoup de peine sous le pubis droit.

La tête restait dans l'excavation; la face, comme je m'en assurai par le toucher, était derrière et au-dessus du trou sous-pubien gauche; l'occiput s'enfonçait dans le bassin au-devant de la sym-

physe sacro-iliaque droite. Je fis soutenir le tronc, et je glissai ma main gauche bien graissée dans la courbure du sacrum; de là je la fis passer entre le côté gauche du bassin et le côté gauche de la tête, jusqu'à ce que l'index et le médius pussent, par leur extrémité, accrocher la mâchoire inférieure. Arrivée là, il me suffit de tirer ma main pour abaisser la face et l'enfoncer dans le bassin, et pour la tourner en même temps en arrière et dans la courbure du sacrum: l'extraction n'eut plus alors rien que d'ordinaire.

L'enfant donnait à peine quelques signes de vie: on le secourut, et il fut bientôt rétabli. C'était un garçon de huit livres, fort gros par conséquent. La mère n'a rien éprouvé de remarquable.

Opération faite par mademoiselle Nallard, du département de l'Ain.

Cette observation pourrait donner lieu à beaucoup de réflexions, dont la plupart ont déjà été faites. On notera les motifs qui ont déterminé à choisir la version, le dégagement irrégulier des hanches, l'impossibilité de produire la rotation du tronc après l'écoulement de l'eau qui restait; enfin on fera encore attention à la manière dont j'ai fait tourner la face en arrière. Il semblerait, en pareil cas, plus naturel d'employer la main du côté où regarde la face, la droite si la face est à gauche et en avant de la mère, etc.; mais qu'on y réfléchisse, et on verra combien elle aurait de peine à

monter en pronation derrière les pubis, combien peu elle aurait de force pour diriger la face en arrière. L'autre, au contraire, pénètre aisément en supination dans le sacrum, et en forçant la supination, l'extrémité des doigts parvient assez facilement en avant et du côté opposé au lieu où a commencé l'introduction, et alors cette main agit avec toute sa force et avec toute celle de l'avant-bras et du bras : il suffit de faire effort pour l'extraire, pour imprimer à la tête la rotation et la flexion qu'on désire.

TABLE ANALYTIQUE

Des Matières contenues dans les trois Mémoires précédens.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES SUR LES POSITIONS DU VERTEX.

---

(1) Ces expressions *application diagonale*, *antéro-postérieure*, *transversale*, doivent être entendues relativement au bassin. Ainsi, *application transversale*, c'est une cuiller vers un côté, et l'autre vers l'autre côté du bassin : cela nous évitera des périphrases.

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

(N° I[er].)

TABLE énumérative des Accouchemens observés depuis le 1[er] Germinal an XI jusqu'au 31 Décembre 1811.

	NOMBRE DES ACCOUCHÉES ET DES ENFANS.																								
	Vendémiaire.	Brumaire.	Frimaire.	Nivose.	Pluviose.	Ventose.	21 Mars 1803. Germinal.	Floréal.	Prairial.	Messidor.	Thermidor.	Fructidor.	TOTAL des accouchées.	ACCOUCHEMENS simples.	ACCOUCHEMENS doubles.	ACCOUCHEMENS triples.	RAPPORT des grossesses composées aux simples.	TOTAL des enfans.	GARÇONS.	FILLES.	ENFANS nés vivans et viables.	ENFANS nés morts ou mourans.	ENFANS nés putréfiés.	TOTAL des morts.	RAPPORT des enfans nés morts aux vivans.
Les 6 derniers mois de l'an XI.	»	»	»	»	»	»	135	137	120	113	109	134	748	738	10	»	$\frac{1}{73+\frac{4}{5}}$ ou comme 1 est à $73\frac{4}{5}$.	758	413	345	722	10	26	36	$\frac{1}{20+\frac{1}{16}}$ ou comme 1 est à $20\frac{1}{16}$.
An XII.	109	115	132	161	168	197	167	145	111	116	110	131	1,662	1,647	13	2	$\frac{1}{109+\frac{4}{5}}$ ou com. 1 est à $109\frac{4}{5}$.	1,679	856	823	1,602	25	52	77	$\frac{1}{20+\frac{62}{67}}$ ou com. 1 est à $20\frac{62}{67}$
An XIII.	124	109	98	127	145	149	149	147	147	113	114	142	1,564	1,542	22	»	$\frac{1}{70+\frac{1}{11}}$ ou com. 1 est à $70\frac{1}{11}$.	1,586	829	757	1,512	23	51	74	$\frac{1}{20+\frac{16}{37}}$ ou com 1 est à $20\frac{16}{37}$.
Trois mois et 10 jours de l'an XIV.	127	151	160	58	»	»	»	»	»	»	»	»	496	492	4	»	$\frac{1}{123}$ ou comme 1 est à 123.	500	268	232	479	7	14	21	$\frac{1}{22+\frac{17}{21}}$ ou com 1 est à $22\frac{17}{21}$.
	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septembre.	Octobre.	Novembre.	Décembre.													
An 1806.	168	152	189	152	150	115	116	124	92	114	125	128	1,625	1,597	28	»	$\frac{1}{57+\frac{1}{28}}$ ou com. 1 est à $57\frac{1}{28}$.	1,653	837	816	1,585	19	49	68	$\frac{1}{23+\frac{21}{68}}$ ou com. 1 est à $23\frac{21}{68}$.
An 1807.	178	161	192	148	131	99	137	130	148	112	124	131	1,691	1,675	16	»	$\frac{1}{104+\frac{11}{16}}$ ou c. 1 est à $104\frac{11}{16}$.	1,707	863	844	1,632	12	63	75	$\frac{1}{21+\frac{57}{75}}$ ou com. 1 est à $21\frac{57}{75}$
An 1808.	147	158	165	146	152	125	110	138	115	152	146	137	1,691	1,676	15	»	$\frac{1}{111+\frac{11}{15}}$ ou c. 1 est à $111\frac{11}{15}$.	1,706	846	860	1,636	10	60	70	$\frac{1}{23+\frac{16}{35}}$ ou com. 1 est à $23\frac{16}{35}$.
An 1809.	165	139	175	158	152	150	132	150	117	154	168	135	1,795	1,780	14	1	$\frac{1}{118+\frac{2}{3}}$ ou com. 1 est à $118\frac{2}{3}$.	1,811	911	900	1,722	12	77	89	$\frac{1}{20+\frac{42}{89}}$ ou com 1 est à $20\frac{42}{89}$.
An 1810.	164	151	190	173	141	124	148	125	142	127	165	164	1,814	1,791	23	»	$\frac{1}{77+\frac{20}{23}}$ ou com. 1 est à $77\frac{20}{23}$.	1,837	950	887	1,764	6	67	73	$\frac{1}{24+\frac{22}{73}}$ ou com 1 est à $24\frac{22}{73}$.
An 1811.	191	184	276	212	184	200	168	166	172	180	229	233	2,395	2,375	20	»	$\frac{1}{118+\frac{3}{4}}$ ou com. 1 est à $118\frac{3}{4}$.	2,415	1,256	1,159	2,309	25	81	106	$\frac{1}{21+\frac{83}{106}}$ ou c. 1 est à $21\frac{83}{106}$.
Totaux généraux, neuf ans moins deux mois et 20 jours.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	15,481	15,313	165	3	$\frac{1}{91+\frac{1}{7}}$ ou com. 1 est à $91\frac{1}{7}$.	15,652	8,029	7,623	14,963	149	540	689	$\frac{1}{21+\frac{493}{689}}$ ou c 1 est à $21\frac{493}{689}$.
Total pour chaque mois des années de 1806 à 1812 exclusivement.	1,013	945	1,187	989	910	813	811	833	786	839	957	928	11,011												



(N° II.)

ÉNUMÉRATION COMPARATIVE

Des diverses Positions observées depuis le 1er germinal an XI jusqu'au 31 décembre 1811.

POSITIONS d'après BAUDELOCQUE.	1re	2e	3e	4e	5e	6e	TOTAUX.	RAPPORT de chaque genre au total général.
VERTEX.	11,600	2,853	»	112	78	»	14,677	$\frac{15}{16}$ ou comme 15 est à 16 à-peu-près.
FESSES.	208	125	4	12	»	»	349	$\frac{1}{44+\frac{296}{349}}$ ou comme 1 est à $44+\frac{296}{349}$
PIEDS.	132	91	6	6	»	»	235	$\frac{1}{66+\frac{142}{235}}$
GENOUX.	1	»	1	»	»	»	2	$\frac{1}{7826}$
FACE.	»	»	41	31	»	»	72	$\frac{1}{217+\frac{7}{18}}$
ÉPAULE DROITE.	»	»	16	22	»	»	38	$\frac{1}{411+\frac{34}{38}}$
ÉPAULE GAUCHE.	»	»	12	18	»	»	30	$\frac{1}{521+\frac{22}{30}}$
INDÉTERMINÉES	»	»	»	»	»	»	249	»
TOTAL GÉNÉRAL.	»	»	»	»	»	»	15,652	»

(N° III).

TABLE COMPARATIVE

Des Terminaisons des Accouchemens précédemment énumérés, avec l'état physique des Nouveaux-nés.

	ACCOUCHEMENS.	ENFANS		
		VIVANS.	MORTS.	PUTRÉFIÉS.
ACCOUCHEMENS, 15,652.				
SPONTANÉS, 15,380...				
Somm. 14,520 — bassin bien conformé — positions directes — simples	14,495	On n'en a pas fait de dénombrement particularisé.		
Somm. — bassin bien conformé — positions directes — avec issue du cordon — repoussé	14			
Somm. — bassin bien conformé — positions directes — avec issue du cordon — non repoussé	2	1	»	1
Somm. — bassin bien conformé — position inclinée ou pariétale	1	1	»	»
Somm. — bassin difforme — positions directes (1)	7	5	2	»
Somm. — bassin difforme — position inclinée (2)	1	»	1	»
Face	41	38	»	3
Fesses	333	Dénombrement non détaillé.		
Pieds	237	*Idem.*		
Genoux	2	2	»	»
Epaules (avant terme)	8	»	3	5
Indéterminées	249	Pas de détails.		
Total (d'après un dénombrement général)	15,380	14,772	86	522
TERMINÉS PAR L'ART, 272.				
FORCEPS				
Sommet, 89 — pour inertie de l'utérus	47	37	5	5
Sommet — pour resserrement du bassin	7	3	4	»
Sommet — pour mauvaise position (front en avant, pariétal au centre, etc.)	8	6	1	1
Sommet — pour issue du cordon	13	10	3	»
Sommet — pour convulsions	11	11	»	»
Sommet — pour agonie à la suite d'une maladie aiguë	1	»	1	»
Sommet — pour rigidité de l'orifice utérin — dilatation ménagée	1	1	»	»
Sommet — pour rigidité de l'orifice utérin — incision du col squirrheux	1	1	»	»
Face — 1 pour convulsions, les autres pour lenteur du travail	4	3	1	»
Total	93	72	15	6
VERSION				
Sommet, 51 — Pour inertie ou faiblesse de l'utérus	7	4	1	2
Sommet — apoplexie sanguine	1	»	»	1
Sommet — convulsions	5	4	1	»
Sommet — hémorrhagie par décollement du placenta	11	5	3	3
Sommet — issue du cordon ombilical — avec resserrement du bassin	3	2	1	»
Sommet — issue du cordon ombilical — la main sous la tête	3	3	»	»
Sommet — issue du cordon ombilical — le bras et l'avant-bras sous la tête	2	1	1	»
Sommet — issue du cordon ombilical — les pieds avec la tête	2	1	1	»
Sommet — issue simple du bras et de la main	3	3	»	»
Sommet — issue du pied et de la main	1	1	»	»
Sommet — resserrement du bassin	6	2	3	1
Sommet — présentation du front	4	3	1	»
Sommet — mauvaise position cause d'inertie — front en avant (5° position)	1	»	1	»
Sommet — présence d'un pariétal	2	1	1	»
Face	20	17	3	»
Fesses — 1 pour présentation d'une seule fesse, ou voisinage de la hanche; 2 pour issue du cordon; 1 pour présence d'un 2° enfant (jumeau); les autres pour inertie	16	15	1	»
Pieds, 8 — pour inertie	4	1	3	»
Pieds — pour étroitesse du bassin (3)	4	1	3	»
Epaules	60	46	11	3
Total	155	110	35	10
Redressement de la tête présentant la face ou le front	7	7	»	»
Perforation du crâne, 14 — pour étroitesse du bassin (4)	13	»	11	2
Perforation du crâne — pour hydrocéphale	1	»	1	»
Sections pubiennes pour étroitesse de bassin; une guérie (2 pouces un quart); enfant mort peu après; l'autre morte avec son enfant (2 pouces)	2	1	1	»
Opération césarienne. 18 lignes d'avant en arrière au détroit supérieur : mort de la mère le lendemain	1	1	»	»
Total des enfans extraits	272	191	63	18

(1) D'avant en arrière au détroit supérieur ; 3 pouces et demi, 3 pouces et un quart et 3 pouces : telle était la mesure du bassin de ces 7 femmes.

(2) Trois pouces et un quart au détroit supérieur.

(3) Trois pouces et demi, 3 pouces et un quart, 3 pouces, et enfin 19 lignes.

(4) De 2 pouces et demi à trois pouces. Plusieurs de ces femmes arrivèrent après 4 à 5 jours de travail et de tentatives infructueuses faites hors de l'hospice.

